

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
I (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)**



TESIS DOCTORAL

**Personas mayores en situación de aislamiento social: diseño y
efectividad de un servicio de apoyo psicológico**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Ana Belén Santos-Olmos Sánchez

Directores

**Manuel Muñoz López
Berta Ausín Benito**

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I
(Psicología Clínica)**



TESIS DOCTORAL

**Personas mayores en situación de aislamiento social: diseño y
efectividad de un servicio de apoyo psicológico**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Ana Belén Santos-Olmo Sánchez

Directores:

Dr. Manuel Muñoz López

Dra. Berta Ausín Benito

Madrid, 2015

La soledad se admira y desea cuando no se sufre, pero la necesidad humana de compartir cosas es evidente.

Carmen Martín Gaité

Yona agita su látigo, agita las manos, agita todo el cuerpo. A pesar de todo, está contento; no está solo. Le riñen, lo insultan; pero, al menos, oye voces humanas (...)
Torna a quedarse solo con su caballo. La tristeza invade de nuevo, más dura, más cruel, su fatigado corazón. Observa a la multitud que pasa por la calle, como buscando entre los miles de transeúntes alguien que quiera escucharle. Pero la gente parece tener prisa y pasa sin fijarse en él. Su tristeza a cada momento es más intensa. Enorme, infinita, si pudiera salir de su pecho inundaría al mundo entero.

La tristeza (Antón Chéjov)

Resumen

La exclusión y el aislamiento social son fenómenos complejos y multidimensionales que afectan a la vida de las personas, excluyéndolas de la sociedad en la que viven, privándoles de sus derechos sociales, fomentando la desigualdad y, finalmente, afectando a su dignidad e identidad personal y social. La población mayor de 65 años es un grupo especialmente vulnerable puesto que se añaden factores de fragilidad y dependencia funcional. El aislamiento social en las personas mayores es un problema de salud pública que va en aumento, debido, por un lado, a la cada vez mayor proporción de personas mayores en nuestra sociedad y, por otro lado, los efectos negativos que el aislamiento social tiene sobre su salud, física y mental, y su bienestar. Sin embargo, la investigación acerca de las intervenciones llevadas a cabo hasta el momento no arroja unos resultados concluyentes acerca de su efectividad, ni de las características que deberían tener para resultar rentables y conseguir los objetivos terapéuticos propuestos.

Dada esta situación, la presente tesis propone una intervención basada en las estrategias de búsqueda activa, seguimiento del caso y continuidad, presentando el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social (SAP) en la ciudad de Madrid y sus tres protocolos de actuación: Contacto y enganche, Evaluación e Intervención.

Los objetivos que se plantean son: 1) describir el proceso de implantación del SAP; 2) avanzar en la descripción de la población mayor de 65 años en aislamiento social en la ciudad de Madrid respecto a variables sociodemográficas, de salud y funcionamiento psicosocial, necesidades sociosanitarias, funcionamiento global, discapacidad, deterioro cognitivo y sintomatología psicopatológica; y 3) evaluar la efectividad de la intervención llevada a cabo por el SAP mediante un análisis de las medidas de salud y funcionamiento psicosocial, necesidades sociosanitarias, funcionamiento global y discapacidad previas y posteriores a la intervención.

Los resultados encontrados son los siguientes:

Respecto al primer objetivo, se ha conseguido que el Servicio esté presente en los 21 distritos de la ciudad de Madrid, recibiendo derivaciones de casos de personas mayores en aislamiento social de todos ellos.

Respecto al segundo objetivo, como factores sociodemográficos de vulnerabilidad para el aislamiento social en personas mayores de 65 años destacan estar soltero, vivir solo y no tener hijos. En general, el perfil de persona mayor en aislamiento social encontrado en este estudio incluye los siguientes factores de riesgo: haber sufrido pérdidas de salud y funcionamiento, de relaciones significativas y de las redes sociales; tener problemas de salud física; presentar trastorno mental y/o deterioro cognitivo; estar solteros o sin pareja; no tener hijos o no tener relación con ellos; y estigmatización de la persona mayor en aislamiento social, que le dificulta la participación en la comunidad. Cuando se analizan las diferencias entre hombres y mujeres aparece que, aunque la prevalencia es baja, los hombres presentan un mayor riesgo de presentar problemas asociados al consumo de alcohol, mientras que las mujeres muestran un mayor riesgo de presentar problemas de tipo cognitivo y relacionados con la presencia de alucinaciones y delirios.

Respecto al tercer objetivo, se presentan unos datos optimistas respecto de la efectividad del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en todas las variables evaluadas. El SAP se ha mostrado útil para dar salida a situaciones de aislamiento social, a través del enganche con el propio servicio y con los servicios sociales y sanitarios normalizados; de la implicación de la red social y familiar; y a través del apoyo a la toma de medidas judiciales en casos extremos.

En definitiva, los resultados obtenidos apoyan la utilidad de las estrategias de búsqueda activa, seguimiento del caso y continuidad de cuidados que permitan abordar con ciertas garantías los problemas de este grupo de población. Asimismo, se ha puesto de manifiesto la efectividad del abordaje psicológico y multidisciplinar y la necesidad de contar con profesionales formados en estrategias psicológicas de búsqueda activa, enganche y tratamiento. En este sentido, un logro importante del trabajo ha consistido en demostrar la posibilidad real de diseñar y poner en funcionamiento un servicio de atención psicológica personalizada a las personas mayores en aislamiento social y su inserción en la red normalizada municipal de recursos para personas mayores.

Extended summary

Social isolation in old age: design and effectiveness of a psychosocial intervention service

The social isolation and exclusion are complex and multidimensional phenomena that affect the lives of people, excluding them from the society in which they live, depriving them of their social rights, promoting inequality and eventually affecting their dignity and personal and social identity. The population over 65 years is a particularly vulnerable group as functional factors of fragility and dependence are added. Social isolation in older people is a public health problem that is increasing due, first, to the increasing proportion of older people in our society and on the other hand, the negative effects that social isolation has about their physical and mental health and welfare. However, research on interventions undertaken so far casts no one conclusive results about its effectiveness, and the characteristics that should have to be profitable and achieve the therapeutic objectives proposed.

Given this situation, this thesis proposes an intervention based on outreach strategies, case management and continuity of care, presenting the Psychological Support Service for Major in Social Isolation (SAP) in the city of Madrid and its three protocols: Contact and engagement, Evaluation and Intervention.

The objectives are: 1) to describe the implementation process of SAP; 2) advance the description of the population over 65 years in social isolation in the city of Madrid regarding sociodemographic variables, health and psychosocial functioning, needs, global functioning, disability, cognitive impairment and psychopathological symptoms; and 3) evaluate the effectiveness of the intervention carried out by the SAP through an analysis of pre- and post-intervention measures about health and psychosocial functioning, needs, global functioning and disability.

The results are the following:

Regarding the first objective, it has been achieved that the SAP is present in all 21 districts of the city of Madrid, receiving referrals of isolated older people cases in all districts.

Regarding the second objective, as sociodemographic vulnerability factors for social isolation in people over 65 years include being single, living alone and childless. In general, older person's profile in social isolation found in this study includes the following risk factors: having suffered losses of health and functioning and meaningful relationships and social networks; have physical health problems; have mental disorder and / or cognitive impairment; be single or without partner; not having children or having no relationship with them; and stigmatization of older people in social isolation, which makes it hard for community involvement. When the differences between men and women are analyzed it appears that although the prevalence is low, men have a higher risk of problems associated with alcohol consumption, while women present more cognitive issues and problems associated with the presence of hallucinations and delusions.

Regarding the third objective, some optimistic data are presented on the effectiveness of SAP in all variables. SAP has proved useful to output situations of social isolation, through engagement with the service itself and standardized social and health services; the involvement of the social and family network; and through the support for judicial proceedings in extreme cases.

In summary, the results support the utility of outreach strategies, case management and continuity of care for alleviating social isolation in the elderly. It has also demonstrated the effectiveness of psychological and multidisciplinary approach and the need for professionals trained in psychological strategies of outreach, engagement and treatment. In this regard, a major achievement of the work has been to demonstrate the real possibility to design and implement a personalized counseling service for older people in social isolation and insertion into standard municipal network of resources for seniors.

Agradecimientos

Ahora que he llegado al final de una etapa, echo la vista atrás y veo que han sido muchas las personas que me han acompañado y que, de una manera u otra, han hecho posible que llegue hasta aquí. A todos ellos, quiero darles las gracias.

A mis directores de tesis,

Al Dr. Manuel Muñoz López. Cómo resumir en unas simples palabras de agradecimiento todo lo que he aprendido contigo en más de 15 años trabajando juntos: metodología y disciplina científica, pasión por la investigación y esa capacidad de hacer las preguntas adecuadas y saber leer en los datos las respuestas. Gracias por todas las oportunidades profesionales que me has brindado y por hacerme sentir que era capaz de todas ellas. Gracias por tu apoyo, tus consejos y por poner a mi servicio tu experiencia.

A la Dra. Berta Ausín Benito. Gracias por ser mi media naranja en el SAP, un proyecto en el que creímos y crecimos juntas, construyéndolo visita tras visita con la máxima ilusión. Gracias por enseñarme a creer que todo es posible, que basta con proponérselo y trabajar día a día para conseguirlo. Gracias por tu mente estructurada, por tu firme convicción de que sería capaz de terminar este trabajo, por compartir conmigo tu visión de la vida y por cada día que pasamos juntas acompañadas de fichas de derivación, casos de aislamiento y visitas a domicilio.

Gracias a la Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid y al Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, las dos instituciones que confiaron en nosotros para llevar a cabo este proyecto y que apostaron por una línea de investigación-acción que ha posibilitado que este trabajo doctoral se llevara a cabo. Quisiera agradecer especialmente al Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo. Gracias a Pilar Serrano por muchas cosas, a nivel personal y profesional, gracias por la confianza que siempre has demostrado en mí, el apoyo y el ánimo para que perseverara en mi tesis, por haberme permitido aprender de tu experiencia y por estar disponible para mí en el despacho de al lado. Gracias a mis compañeras del día a día, Eva, M^a José, Rosa, María, Alejandra, M^a Luz, M^a Cruz, Charo, Mati, Carmen, M^a Sol, Ana y el resto de la Mesa de Vulnerabilidad, por compartir conmigo la carga del trabajo y desahogarnos en la “cocinilla”. No hubiera podido encontrar un equipo mejor.

Por supuesto, mi más profundo agradecimiento a todas las personas mayores usuarias del SAP, por todo lo que he aprendido de ellas y con ellas, de sus fortalezas y sus debilidades. Gracias a todos ellos, pero especialmente a Irene y a Maruja, por abrirme la puerta a vuestra vida y demostrarme que el cambio es posible.

Gracias a todos los trabajadores sociales de la red de Servicios Sociales de los 21 distritos de la ciudad de Madrid con los que he tenido la suerte de trabajar. El trabajo multidisciplinar no sólo es posible, es fantástico.

Gracias a todas aquellas personas que me han ayudado a crecer profesionalmente, desde mis días como universitaria hasta el momento actual.

A las personas de mi vida. A Kike, por todos estos años de dulce compañía, por guiarme cuando ya no podía ver, por quererme, y porque es imposible no amar la vida teniéndote a mi lado. A mi niña Gabriela, por tu enorme generosidad compartiendo con este proyecto un tiempo que era tuyo. A mis padres, Manolo y Mili, por animarme a superarme, a ser mejor persona; por estar ahí, siempre. A mi hermana Mónica, porque desde que naciste, todo tiene sentido. A Manu, Mayte y Supi, por alejarme de la tesis cuando más lo necesitaba.

Gracias a Aída, por ser mi amiga desde el primer día, porque aprendimos a ser psicólogas de la mano, porque empezamos juntas esta locura de la tesis y porque no hay nada que haga en la Psicología que no tenga algo de ti. A Sandra, por todas las vivencias que hemos “atravesado” juntas, con más o menos lágrimas, pero siempre con éxito, y porque un día, tomando una infusión en el Café Gijón, me aseguraste que estarías en los agradecimientos de esta tesis. Gracias a Eva, por entusiasmarme con nuestro trabajo, por ponérmelo siempre tan fácil, porque cada día eres un regalo para mí y porque trabajar contigo es una delicia.

A Rosalinda, Masha, Rosaura, Inés, Leonor, Petrita, Adela... porque todas sois una parte de mí.

Índice

Resumen	III
Extended summary.....	V
Agradecimientos	VII
Índice de tablas	XIII
Índice de figuras	XVII
Presentación	1
Capítulo 1. Vulnerabilidad: procesos de exclusión y aislamiento social	3
1.1. Caracterización de la exclusión social.....	3
1.1.1. Definición	3
1.1.2. Dimensiones	6
1.1.3. Factores asociados a la exclusión social.....	9
1.2. Aislamiento social	12
1.3. Efectos de la exclusión y el aislamiento social.....	17
1.4. Grupos vulnerables	22
Capítulo 2. Procesos de exclusión y aislamiento social: personas mayores de 65 años	23
2.1. Personas mayores de 65 años: un grupo vulnerable	23
2.2. Factores de riesgo y mantenimiento de la exclusión y el aislamiento social en personas mayores de 65 años.....	28
2.3. Intervención con personas mayores de 65 años en exclusión y aislamiento social.....	35
2.3.1. Programas de investigación empírica	35
2.3.2. Programas de investigación-acción	44
2.3.2.1. Proyecto Europeo Buen Vecino	44
2.3.2.2. Proyecto <i>Baixem al Carrer</i> (Bajemos a la Calle).....	46
2.3.2.3. Proyecto <i>Vincles BCN</i> (Vínculos BCN).....	47
2.3.2.4. Proyecto <i>Voisin-Age</i>	48

2.3.2.5. Programa Europeo Salud y Dignidad en la Calle (<i>To live in Health and Dignity in the Streets</i>)	48
Capítulo 3. Personas mayores de 65 años: el caso concreto de la ciudad de Madrid.	51
3.1. Descripción de los recursos sociales existentes en la ciudad de Madrid.....	52
3.2. Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social.....	57
3.3. Necesidad de un nuevo servicio de atención a las personas mayores en aislamiento social.	60
Capítulo 4. Propuesta de un programa de intervención: Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid (SAP).	63
4.1. Planificación y desarrollo del Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social (SAP)	64
4.1.1. Búsqueda documental.....	64
4.1.2. Estudio cualitativo	64
4.1.2.1. Grupo de expertos.....	65
4.1.2.2. Contacto con equipos de trabajo que abordan problemáticas similares.....	67
4.1.3. Propuesta del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en Madrid (SAP)	71
4.2. Objetivos.....	71
4.3. Principios que guían el Servicio	72
4.3.1. Calidad.....	72
4.3.2. Búsqueda activa.....	76
4.3.3. Seguimiento de caso (<i>case-management</i>).....	81
4.3.4. Atención individualizada.....	86
4.3.5. Continuidad	88
4.4. Diseño de la intervención	90
4.4.1. Criterios de inclusión de la población objeto de atención	90
4.4.2. Derivación	91

4.4.3. Intervención	93
Capítulo 5. Estudio del funcionamiento del Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid (SAP).....	125
5.1. Objetivos.....	125
5.2. Método.....	126
5.2.1. Participantes	126
5.2.2. Variables e instrumentos	127
5.2.3. Procedimiento.....	136
5.2.4. Análisis de datos.....	137
5.3. Resultados.....	139
5.3.1. Evaluación del proceso	139
5.3.1.1. Implantación progresiva en los 21 distritos de la ciudad de Madrid .	139
5.3.1.2. Casos derivados	140
5.3.1.3. Casos cerrados: motivos de cierre, meses de intervención, número de contactos	141
5.3.2. Descripción de las personas atendidas.....	142
5.3.2.1. Datos socio-demográficos y otras variables descriptivas de interés.	144
5.3.2.2. Salud y funcionamiento psicosocial	153
5.3.2.3. Necesidades socio-sanitarias	161
5.3.2.4. Funcionamiento global	174
5.3.2.5. Discapacidad.....	177
5.3.2.6. Deterioro cognitivo.....	182
5.3.2.7. Sintomatología psiquiátrica	184
5.3.3. Evaluación de la efectividad del programa.....	191
5.3.3.1. Salud y funcionamiento psicosocial (Escala de Evolución para Personas Mayores de 65 años, HoNOS65+)	192
5.3.3.2. Necesidades socio-sanitarias (Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell, CANE).....	196

5.3.3.3. Funcionamiento global (Escala de Evaluación del Funcionamiento Global de la <i>American Psychiatric Association</i> EEFG).....	200
5.3.3.4. Discapacidad (Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, WHO-DAS-S).....	201
Capítulo 6. Discusión.....	203
6.1. Implantación del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en Madrid (SAP)	203
6.2. Población en aislamiento social.....	204
6.2.1. Características sociodemográficas y otras variables de interés	204
6.2.2. Salud y funcionamiento psicosocial	205
6.2.3. Necesidades socio-sanitarias	207
6.2.4. Funcionamiento global	210
6.2.5. Discapacidad.....	210
6.2.6. Deterioro cognitivo	211
6.2.7. Sintomatología de trastorno mental.....	212
6.3. Efectividad del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en Madrid (SAP).....	213
6.4. Limitaciones y líneas futuras de investigación.....	214
6.5. Relevancia teórica y práctica de los resultados	218
6.6. Situación del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en Madrid (SAP) cinco años después	219
Capítulo 7. Conclusiones.....	221
Referencias bibliográficas.....	225
Anexo 1. Protocolo de Contacto y Enganche	255
Anexo 2. Protocolo de Evaluación e instrumentos de evaluación empleados.....	261
Anexo 3. Protocolo de Intervención	291
Anexo 4. Documentos de trabajo	299
Anexo 5. Estudio de cuatro casos reales.....	311

Índice de tablas

Tabla 2.1. Población mayor de 65 años en España, Comunidad de Madrid y el municipio de Madrid, por tramos de edad y sexo.....	25
Tabla 2.2. Estado civil, hogares unipersonales y edad media de la población mayor de 65 años en España, Comunidad de Madrid y el municipio de Madrid, total y por sexo.....	26
Tabla 2.3. Factores de riesgo y mantenimiento de la exclusión y el aislamiento social en personas mayores de 65 años	35
Tabla 2.4. Características de las intervenciones grupales con personas mayores aisladas (a partir de Cattán & White, 1998; Findlay, 2003; Cattán, White, Bond & Learmouth, 2005; y Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011).....	39
Tabla 2.5. Características de las intervenciones de atención domiciliaria con personas mayores aisladas (a partir de Cattán & White, 1998; Findlay, 2003; Cattán, White, Bond & Learmouth, 2005; y Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011)	41
Tabla 2.6. Características de las intervenciones de coordinación de servicios con personas mayores aisladas (a partir de Cattán & White, 1998; Findlay, 2003; Cattán, White, Bond & Learmouth, 2005; y Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011)	42
Tabla 4.1. Principio de Calidad aplicado al SAP	75
Tabla 4.2. Principio de Búsqueda Activa aplicado al SAP	78
Tabla 4.3. Estrategias de búsqueda activa, poblaciones donde se ha aplicado y autores.....	79
Tabla 4.4. Principio de Seguimiento del caso aplicado al SAP.....	85
Tabla 4.5. Principio de Atención Individualizada aplicado al SAP	88
Tabla 4.6. Principio de Continuidad aplicado al SAP	90
Tabla 4.7. Áreas de evaluación en psicogerontología	102
Tabla 4.8. Áreas de evaluación psicogerontológica, aspectos evaluados e instrumentos de evaluación empleados por el SAP.....	112
Tabla 5.1. Resumen de las variables evaluadas y los instrumentos empleados.	128
Tabla 5.2. Escalas incluidas en las Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+)	130

Tabla 5.3. Áreas de necesidad incluidas en el Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE)	132
Tabla 5.4. Áreas incluidas en la Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S)	134
Tabla 5.5. Descripción sociodemográfica del total de la población.....	145
Tabla 5.6. Procedencia de los usuarios del Servicio de Apoyo Psicológico (fuente de derivación a Servicios Sociales).....	147
Tabla 5.7. Descripción sociodemográfica por sexo.....	148
Tabla 5.8. Diferencias en cuanto a la fuente de derivación a SS.SS (recursos formales o informales) por sexo	149
Tabla 5.9. Proporción de la muestra, por sexo, que tiene expediente abierto en Fiscalía de Mayores previo a la derivación al SAP	150
Tabla 5.10. Diferencias sociodemográficas por motivo de cierre (normalización o custodia)	151
Tabla 5.11. Diferencias en cuanto a la fuente de derivación a SS.SS (recursos formales o informales) por motivo de cierre (normalización o custodia)	152
Tabla 5.12. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que tiene expediente abierto en Fiscalía de Mayores, previo a la derivación al SAP	152
Tabla 5.13. Resultados generales en las Escalas HoNOS65+ en el total de la población atendida.....	154
Tabla 5.14. Proporción de la muestra, por sexos, que puntúa con problema de moderado a grave en las Escalas HoNOS65+	156
Tabla 5.15. Diferencia de medias entre hombres y mujeres en la puntuación total de las escalas HoNOS65+	157
Tabla 5.16. Proporción de la muestra, por sexo, que puntúa por encima de la media en el ítem “Puntuación total” de las escalas HoNOS65+ (media = 21,32).....	158
Tabla 5.17. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa con problema de moderado a grave en las Escalas HoNOS65+	159
Tabla 5.18. Diferencia de medias entre el grupo cerrado por normalización y el grupo cerrado por custodia en la puntuación total de las escalas HoNOS65+ ...	160

Tabla 5.19. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa por encima de la media en el ítem “Puntuación total” de las escalas HoNOS65+ (media = 21,32).....	161
Tabla 5.20. Puntuaciones CANE en la población en aislamiento atendida por el SAP.....	163
Tabla 5.21. Diferencia de medias entre hombres y mujeres en el número de necesidades no cubiertas del CANE.....	167
Tabla 5.22. Proporción de la muestra, por sexo, que puntúa por encima de la media en el número total de necesidades no cubiertas, según CANE (media = 10,16).....	168
Tabla 5.23. Proporción de la muestra, por sexo, que presenta necesidad no cubierta en las áreas del CANE.	169
Tabla 5.24. Diferencia de medias entre el grupo cerrado por normalización y el grupo cerrado por custodia en el número de necesidades no cubiertas del CANE.	170
Tabla 5.25. Proporción de la muestra, por grupo de intervención (normalización o custodia), que puntúa por encima de la media en el número total de necesidades no cubiertas, según CANE (media = 10,16).....	171
Tabla 5.26. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que presenta necesidad no cubierta en las áreas del CANE.....	173
Tabla 5.27. Resultados encontrados en la muestra en la escala EEFG.	174
Tabla 5.28. Diferencia de medias entre hombres y mujeres en la puntuación de la escala EEFG de funcionamiento global.....	175
Tabla 5.29. Proporción de la muestra, por sexo, que puntúa por debajo de la media en el EEFG (media = 41,79).	175
Tabla 5.30. Diferencia de medias entre el grupo cerrado por normalización y el grupo cerrado por custodia en la puntuación de la escala EEFG de funcionamiento global.	176
Tabla 5.31. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa por debajo de la media en el EEFG (media = 41,79).	177
Tabla 5.32. Resultados generales en la escala WHO-DAS-S en el total de la población atendida.	179
Tabla 5.33. Proporción de la muestra, por sexos, que puntúa discapacidad obvia-máxima en la escala WHO-DAS-S.	180

Tabla 5.34. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa discapacidad obvia-máxima en la escala WHO-DAS-S.	181
Tabla 5.35. Niveles de deterioro cognitivo en la muestra de personas en aislamiento atendida por el SAP.....	182
Tabla 5.36. Proporción de la muestra, por sexo, que presenta un deterioro cognitivo de moderado a grave.....	183
Tabla 5.37. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que presenta un deterioro cognitivo de moderado a grave.	184
Tabla 5.38. Presencia de sintomatología compatible con trastorno mental grave en la muestra en aislamiento social atendida por el SAP.	185
Tabla 5.39. Proporción de la muestra, por sexo, que presenta trastorno mental grave.	188
Tabla 5.40. Proporción de la muestra con sintomatología compatible con trastorno mental, por sexo, que no está recibiendo tratamiento de sus problemas de salud mental desde los servicios de salud, previamente a la intervención del SAP.	189
Tabla 5.41. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que presenta trastorno mental grave.	190
Tabla 5.42. Proporción de la muestra con sintomatología compatible con trastorno mental, por motivo de cierre (normalización o custodia), que no está recibiendo tratamiento de sus problemas de salud mental desde los servicios de salud, previamente a la intervención del SAP.	191
Tabla 5.43. Diferencia de medias pre-post intervención de las escalas HoNOS65+	195
Tabla 5.44. Diferencia de medias pre-post intervención en el número total de necesidades no cubiertas en el CANE.	197
Tabla 5.45. Porcentajes de necesidad no cubierta y necesidad cubierta pre-post intervención en las áreas de necesidad de la escala CANE.	198
Tabla 5.46. Diferencia de medias pre-post intervención en la escala EEFG de funcionamiento global.	200
Tabla 5.47. Diferencia de medias pre-post intervención en la escala WHO-DAS-S.....	202

Índice de figuras

Figura 3.1. Esquema de detección e intervención desde el Programa de detección y seguimiento de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social.....	60
Figura 3.2. Esquema de detección e intervención desde el “Programa de detección y seguimiento de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social”, incluyendo el “Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid”	62
Figura 4.1. Esquema de intervención del SAP	94
Figura 4.2. Esquema del proceso de actuación en el Protocolo de Intervención.....	122
Figura 5.1. Esquema del procedimiento	137
Figura 5.2. Presentación progresiva en los distintos distritos.....	139
Figura 5.3. Distribución temporal de los casos de aislamiento derivados al SAP.....	140
Figura 5.4. Situación de los casos derivados al SAP.....	142
Figura 5.5. Porcentaje de personas en aislamiento social sin necesidades, con necesidades cubiertas o con necesidades no cubiertas en cada área del CANE	162
Figura 5.6. Proporción de la muestra con niveles de discapacidad “obvia-máxima” y “sin discapacidad-discapacidad mínima”.	179
Figura 5.7. Gráfica del porcentaje de casos con sintomatología compatible con trastorno mental grave en los que existe una detección y/o tratamiento por parte de los servicios de salud, previo a la intervención del SAP.....	186
Figura 5.8. Medias pre-post intervención de las escalas HoNOS65+	195
Figura 5.9. Medias pre-post intervención del Total HoNOS65+	196
Figura 5.10. Medias pre-post número total de necesidades no cubiertas en la escala CANE.....	197
Figura 5.11. Porcentaje de necesidades no cubiertas y necesidades cubiertas en los momentos pre y post intervención en las áreas del CANE	199
Figura 5.12. Medias pre-post intervención en la escala EEFG de funcionamiento global.	200
Figura 5.13. Medias pre-post intervención en la escala WHO-DAS-S.....	202

Presentación

En 1993, en la Declaración de Viena, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993), estableció que “la extrema pobreza y la exclusión social constituyen una violación de la dignidad humana”. Cinco años después, en 1998, el Consejo Europeo fue un paso más allá, sosteniendo que “la exclusión social no sólo es una ofensa contra la dignidad humana y niega a las personas sus derechos humanos fundamentales, sino que además conduce (...) a fenómenos de marginación, exclusión o reacciones violentas y, por lo tanto, creando condiciones que minan los pilares democráticos de nuestras sociedades”.

Las razones por las que la lucha contra la exclusión social es un tema de máxima relevancia son evidentes y hablan por sí mismas: dignidad humana, derechos humanos fundamentales y democracia. En las últimas décadas, ha aumentado el interés en el estudio y la intervención sobre grupos vulnerables a la exclusión y el aislamiento social, encontrando en la Psicología herramientas extremadamente válidas en el camino hacia la inclusión.

Por otro lado, en una sociedad cada vez más envejecida en la que la esperanza de vida va en aumento, es necesario asegurar el bienestar de los mayores como grupo especialmente vulnerable a procesos no sólo de deterioro físico, mucho más evidentes, sino también de exclusión y aislamiento social que, en muchas ocasiones, pasan desapercibidos para el resto de la sociedad.

Respaldado con estos sólidos argumentos y motivación, surge este trabajo y el interés en desarrollar un Servicio de Apoyo Psicológico que logre la re-inclusión de aquellas personas que, por unos motivos o por otros, sufren las consecuencias de la exclusión y el aislamiento social en sus últimos años. Un Servicio de Apoyo Psicológico que consiga la vuelta a la dignidad humana, a los derechos humanos fundamentales y al ejercicio de la democracia de nuestros mayores.

En el Capítulo 1, se presenta una introducción al concepto de vulnerabilidad, desde la perspectiva de la exclusión y el aislamiento social, presentando de una manera global los factores asociados a la exclusión y sus efectos. Concluye el capítulo con una

breve exposición de los grupos más vulnerables a este proceso de exclusión social, encontrándose entre ellos, las personas mayores.

El Capítulo 2 se centra en el grupo especialmente vulnerable de las personas mayores, profundizando en aquellos factores de riesgo de exclusión y aislamiento social específicos para esta población. Concluye el capítulo presentando una revisión de las estrategias de intervención utilizadas para combatir la exclusión y el aislamiento social.

El Capítulo 3 sigue profundizando en la población objeto de este estudio y presenta datos concretos sobre los recursos sociales para las personas mayores existentes en la ciudad de Madrid. De la exposición de estos recursos y de la reflexión sobre sus limitaciones respecto a la población mayor en exclusión, surge la necesidad de poner en marcha un servicio que trabaje de manera específica para la inclusión de las personas mayores en aislamiento social de la ciudad de Madrid.

En el Capítulo 4, se expone con detalle el proceso de planificación, desarrollo y puesta en marcha del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social (SAP); y en el Capítulo 5 se presentan los resultados obtenidos por este Servicio en cuanto al proceso de implantación, la muestra atendida (número, características, variables psicológicas y de funcionamiento) y la efectividad de la intervención llevada a cabo (mediante la comparación de medidas previas a la intervención y posteriores a la misma).

En el Capítulo 6, se presenta una discusión sobre los resultados encontrados, así como una reflexión sobre las limitaciones, líneas futuras y la relevancia teórica y práctica de este trabajo. Concluye el capítulo con una descripción de la situación actual del Servicio de Apoyo Psicológico, cinco años después de la toma de datos de esta tesis.

Tras el análisis detallado de los resultados obtenidos y su discusión, en el Capítulo 7 se presentan unas conclusiones generales.

Finalmente, se incluye un apartado de Anexos para complementar y apoyar la información desarrollada en los capítulos anteriores. En estos anexos pueden consultarse los protocolos de Contacto y enganche, Evaluación e Intervención y los documentos generados para el funcionamiento del SAP, así como un breve estudio de cuatro casos de aislamiento atendidos por el Servicio.

Capítulo 1

Vulnerabilidad: procesos de exclusión y aislamiento social

1.1. Caracterización de la exclusión social.

1.1.1. Definición.

La exclusión social es un fenómeno complejo cuya definición no resulta sencilla. Según la definición de la Real Academia de la Lengua, el término “Exclusión” (del latín *exclusio*, -ōnis), es la “Acción y efecto de excluir”, siendo “Excluir”:

1. Quitar a alguien o algo del lugar que ocupaba.
2. Descartar, rechazar o negar la posibilidad de algo.
3. Dicho de dos cosas: Ser incompatibles.

Si se lleva a cabo un primer análisis de estas posibles acepciones de la exclusión relacionándolas con lo social, esto lleva a plantearse que las personas en exclusión social serían aquellas a las que se les quita el lugar que ocupaban dentro de la sociedad; según la segunda acepción serían aquellas a las que se descarta, se rechaza o se les niega, por ejemplo, el acceso a recursos que están normalizados para el resto de los componentes de una comunidad (como los recursos sociales o sanitarios, la vivienda, la educación, etc); y, atendiendo a la tercera acepción, dicho de dos cosas, las personas en exclusión y la sociedad serían incompatibles.

Dentro de un marco científico, se trata de un término claramente relacionado con los procesos estructurales, macroeconómicos y sociológicos que se comenzó a emplear por Jacques Delors (Presidente de la Comisión Europea 1985-1995) unido al concepto de exclusión del mercado laboral en el marco de la Unión Europea. La Resolución del Consejo de Ministros de Asuntos Sociales (EU), de 29 de septiembre de 1989, reconoce por primera vez la exclusión como un fenómeno estructural, dinámico y

multidimensional, que no se limita a la insuficiencia de recursos o a la relación con el empleo, sino que se manifiesta en diversos ámbitos como son la vivienda, la educación, la salud, el acceso a los servicios, o la protección social.

En la literatura científica, la exclusión se entiende como un proceso social de separación de un individuo o grupo respecto a las posibilidades laborales, políticas y culturales a las que otros sí tienen acceso y disfrutan (Giner, Lamo de Espinosa & Torres, 1998); de pérdida de integración que incluye no sólo la falta de ingresos y el alejamiento del mercado de trabajo, sino también un descenso de la participación social, y por tanto una pérdida de derechos sociales (Laparra & Aguilar, 2000); y hace referencia al proceso, de carácter multidimensional, mediante el cual determinados individuos son apartados del núcleo de la sociedad, dificultando su participación en el ámbito laboral o económico, la toma de decisiones, la educación, en la salud y en el ámbito de las relaciones sociales (Roche & Van Berkel, 1997; Tipple & Speak, 2005).

En 2001, la Comisión Europea, en el Informe Conjunto sobre la Integración Social, propuso que la exclusión social podía ser entendida como “la situación en que se encuentran las personas que no pueden participar plenamente en la vida económica, social y civil y cuyos ingresos o recursos (personales, familiares, sociales y culturales) son tan inadecuados que no les permite disfrutar de un nivel y una calidad de vida considerado aceptable por la sociedad en la que viven”. Esta definición responde a un esfuerzo por tener una definición común al ámbito europeo que incorporara distintos dominios de exclusión.

En el contexto español, los últimos Planes Nacionales de Inclusión Social, han introducido definiciones similares. Algunos ejemplos son los siguientes:

- para el Plan Nacional de Inclusión Social 2001-2003 la exclusión social hace referencia “a aquellas personas que se encuentran fuera de las oportunidades vitales que posibilitan la ciudadanía plena, esto es, ajenos al conjunto de conquistas económicas, sociales y culturales de nuestra sociedad; es un proceso social de separación del conjunto de integrantes de un grupo social, de sus posibilidades económicas, laborales, sociales, educativas, culturales y políticas a los que otros colectivos sociales sí tienen acceso. Equivale a desafiliación social, que produce la pérdida de un conjunto de derechos de carácter político, social, económico y laboral en el individuo y en el grupo”;

- en el Plan Nacional de Inclusión 2008-2010, la exclusión social se traducía en “la imposibilidad de gozar de los derechos sociales sin ayuda, en la imagen desvalorizada de sí mismo y de la capacidad personal de hacer frente a las obligaciones propias, en el riesgo de verse relegado de forma duradera al estatus de persona asistida y en la estigmatización que todo ello conlleva para las personas y, en las ciudades, para los barrios en que residen. El concepto de exclusión social se refiere a la acción y al efecto de impedir la participación de ciertas categorías de personas en aspectos considerados como valiosos de la vida colectiva. Se considera la exclusión como una falta de participación tanto en lo económico como en lo político, lo cultural y lo social. La exclusión social es algo más que mera pobreza, se trata de una acumulación de problemas. Son los circuitos de privación y las desventajas acumuladas lo que la caracterizan”.
- en el último Plan Nacional de Inclusión 2013-2016, se define la exclusión social como “el proceso de pérdida de integración o participación de las personas en la sociedad y en los diferentes ámbitos económico, político y social”.

Por otro lado, y también dentro de un estudio de ámbito español, el VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España (2008), entendía la exclusión “como un proceso de alejamiento progresivo de una situación de integración social en el que pueden distinguirse diversos estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad más leve hasta las situaciones de exclusión más graves”; mientras que el último VII Informe FOESSA (2014) avisa de los cambios sociales que se están dando en cuanto a que las desigualdades actuales no se tratan “solo de pérdida de derechos, sino de pérdida de las condiciones de acceso a los bienes necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas “basadas en los derechos””.

Todas estas definiciones tienen en común el énfasis en diversos aspectos como son la ruptura del vínculo social, la privación de los derechos sociales y la desigualdad, entendiendo la exclusión social como un concepto dinámico mucho más amplio que el de pobreza. Se desprende que la exclusión social supone fundamentalmente una acumulación de barreras que se interponen en la autonomía personal e impiden la participación en la vida social mayoritaria.

Desde este punto de vista, enlazando los resultados de la investigación científica con las definiciones de exclusión de la Real Academia de la Lengua expuestos al comienzo de este apartado, los procesos de exclusión implican la existencia en nuestra sociedad de personas que no pueden desempeñar su papel en la sociedad, que no pueden disfrutar de sus derechos fundamentales; personas a las que se rechaza y que son excluidas del mercado laboral, del mercado de la vivienda, de la educación, del acceso a la sanidad, del acceso a una vivienda digna, del uso de los servicios sociales, de su propia vida social y familiar, etc; es decir, parece que los procesos de exclusión propician que haya personas cuyo desarrollo, dignidad e identidad social y personal, sean incompatibles con la sociedad.

1.1.2. Dimensiones.

Revisando de forma más exhaustiva el concepto de exclusión social, hay que hacer referencia a dos de sus características fundamentales, la exclusión social entendida como un proceso y el carácter multidimensional de la misma.

En este sentido, se entiende la exclusión no como la situación concreta que afecta o sufre una persona o un grupo de personas en un momento dado de su vida, sino como el resultado de un proceso de exclusión. Es decir, no sería correcto entender el fenómeno de la exclusión social como una dicotomía exclusión-inclusión social, sino como un continuo a lo largo del cual se colocarían las personas en función de su situación (Craig & Timms, 2000).

La segunda característica necesaria para definir el proceso de exclusión social es la que hace referencia a su carácter multidimensional. Las personas pueden ser excluidas de los distintos ejes de la actividad social de distintas maneras y en distintos grados. Una de las primeras dimensiones de exclusión considerada fue la del mercado laboral; sin embargo, es fácil observar como el fenómeno de la exclusión puede generalizarse del mercado laboral a los sistemas educativos, sociales y de salud así como a las redes sociales (familia, amigos, compañeros, asociaciones, etc.).

En el Informe Conjunto sobre la Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en la Región Euromediterránea (2014), se señala que hay que tener en cuenta multitud de componentes “no ya sólo los referidos a los ingresos, sino también, y desde una

perspectiva multidimensional más amplia, aspectos adicionales como el acceso a los servicios sanitarios, la educación, la vivienda o la calidad del empleo, entre otros”.

Robert Castel (1994; 2000) realizó uno de los trabajos de conceptualización más influyente de los últimos años para tratar de explicar los procesos de exclusión social de las sociedades occidentales. Castel afirma que esta situación es el resultado del encuentro de 2 vectores que se cruzan: un eje de integración / no integración laboral y un segundo eje de integración / no integración en el entorno (social), que hace referencia a la implicación de la persona en un sistema de relaciones. El origen de la exclusión puede estar tanto en el deterioro o déficit en el eje de la integración laboral (problemas relacionados con el empleo) como en la ruptura o el deterioro en aquellos aspectos relacionados con el eje de las relaciones (relaciones con amigos, familia, etc). Una buena posición en el eje integración / no integración en el entorno social (integración / soledad), puede compensar una pobre posición en el eje integración / no integración laboral, y viceversa. La intersección de ambos ejes define diferentes zonas en el espacio social, como puede verse en la figura 1.1 según un gráfico propuesto por Cabrera (2000):

- Zona de integración: estar en esta zona supone un trabajo estable y un sólido apoyo social.
- Zona de desafiliación: combina ausencia de empleo y aislamiento social.
- Zona de asistencia: supone contar con un apoyo social fuerte unido a una inseguridad o ausencia de empleo.
- Zona de vulnerabilidad: estar en esta zona supone una cierta estabilidad laboral combinada con una ausencia de apoyo social que hace a la persona más vulnerable a la exclusión social.

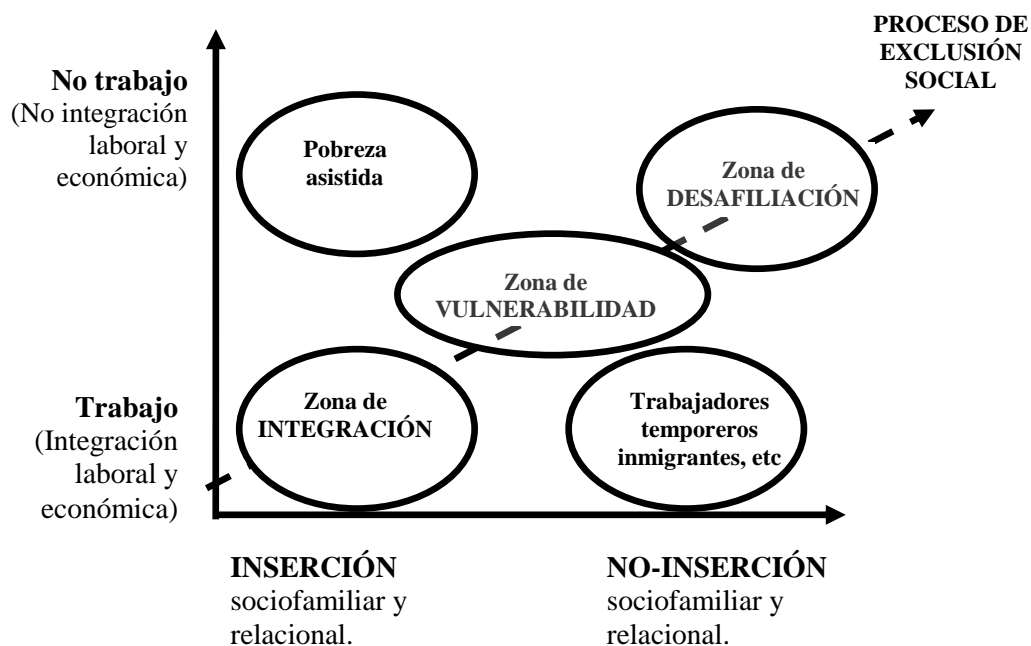


Figura 1.1. Proceso de exclusión social (Cabrera, 2000)

Tomando como referencia este modelo, se puede afirmar que, a pesar de la importancia de la dimensión económica, ésta no es determinante para la exclusión social.

Por su parte, el VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España (2008), sugiere la existencia de tres ejes:

1. Un primer eje económico, cuyas dimensiones serían la participación en la producción y la participación en el consumo.
2. Un segundo eje político, cuyas dimensiones serían la ciudadanía política y la ciudadanía social.
3. Un tercer eje social o relacional, cuyas dimensiones serían la ausencia de lazos sociales y las relaciones sociales “perversas”.

Estos ejes y dimensiones son la base para el desarrollo del Índice Sintético de Exclusión Social (ISES), cuyos resultados se presentaron en el último informe FOESSA (2014) y que supone un índice de medición de la exclusión social que incluye 8 dimensiones: empleo, consumo, participación política, educación, vivienda, salud, conflicto social y aislamiento social.

Por su parte, el último Plan Nacional de Inclusión 2013-2016 (2014), contempla cuatro dimensiones de la exclusión social: empleo, educación, vivienda y salud.

En resumen, la exclusión social es un proceso en el que el eje económico, a pesar de su importancia, ya que difícilmente la exclusión social no va acompañada de precariedad económica (Renés, 2001), no es el único factor determinante, sino que parece implicar un proceso de desafiliación social y personal que termina afectando todas las áreas de actividad de la persona. Exclusión social y pobreza son dos conceptos íntimamente relacionados, pero a la vista de lo explicado hasta ahora, se trata de dos fenómenos distintos. La pobreza hace referencia a la precariedad económica o del nivel de vida, mientras que la exclusión social incluye el carácter multidimensional de los mecanismos por los que las personas y grupos se ven excluidos de la participación en los intercambios, prácticas y derechos sociales que constituyen la integración social (Consejo económico y social, 1997). Así, aunque inicialmente el objetivo de la Unión Europea era reducir la pobreza, en la actualidad se ha ampliado a combatir la pobreza y la exclusión social, proponiendo como objetivo en la nueva Estrategia Europea 2020 reducir el número de personas en riesgo de pobreza y exclusión social (Comisión Europea, 2010). En definitiva, el concepto de exclusión es mucho más amplio que el de pobreza, pudiéndose dar situaciones de exclusión donde el factor económico no sea decisivo.

1.1.3. Factores asociados a la exclusión social

Respecto a los factores asociados a la exclusión social, son variados, teniendo en cuenta que se trata de un proceso multicausal, multifactorial, consecuencia de numerosos factores interdependientes (Gaviria, Laparra y Aguilar, 1995).

Para una exposición más detallada, en la Tabla 1.1, pueden verse algunos de los factores señalados por los distintos autores. De manera general, los diferentes grupos de investigación coinciden en que los factores que han tenido una fuerte incidencia en el incremento de la exclusión social son:

- los cambios en la sociedad, tales como mutaciones industriales, cambios demográficos, hundimiento de los valores de cohesión y falta de movilización y sensibilización de la sociedad, evolución de los fenómenos migratorios, etc;

- la pobreza y una protección social insuficiente, unidas a las dificultades para acceder a determinados servicios públicos, la falta de apoyos sociales y el aislamiento social (fragmentación social y cambios en la solidaridad familiar);
- dificultades de acceso al mercado laboral y aumento del desempleo de larga duración;
- dificultades de acceso a la educación y la formación, junto con abandonos tempranos de la misma;
- protección sanitaria insuficiente y barreras de acceso a la sanidad de determinados grupos de población (inmigrantes, desempleados, enfermos crónicos, etc),
- dificultades de acceso y mantenimiento de una vivienda digna;
- problemas de acceso y aprendizaje de nuevas tecnologías.

Teniendo en cuenta estos factores y la importancia de intervenir para poner solución a los procesos de exclusión social, se están impulsando políticas, tanto a nivel europeo como nacional, con unas líneas de actuación que tienen como objetivo último la inclusión social. A nivel europeo, la Comisión Europea (2010), en su Estrategia Europea 2020, establece metas para “sacar por lo menos a veinte millones de personas de la pobreza y la exclusión social y aumentar al 75% la tasa de empleo del grupo de personas con edades comprendidas entre 20 y 64 años”, estableciendo una Plataforma Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social. En España, desde el Plan Nacional de Inclusión 2013-2016, se proponen los siguientes objetivos en la lucha contra la pobreza y la exclusión social:

1. Impulsar la inclusión sociolaboral a través del empleo de las personas más vulnerables teniendo en cuenta a las familias con hijos menores de edad en situación de riesgo de exclusión.
2. Garantizar un sistema de prestaciones que permitan apoyar económicamente a aquellas personas en situación de vulnerabilidad y reducir la pobreza infantil.
3. Garantizar la prestación de unos servicios básicos a toda la población enfocados de forma particular hacia los colectivos más desfavorecidos, especialmente el caso de servicios sociales, educación, sanidad, vivienda y sociedad de la información.

Tabla 1.1. Factores asociados a la exclusión social.

Renés (1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Factores individuales (por ejemplo, los problemas físicos).
Aganzo y Linares (1997)	<p>Diferentes cambios producidos en nuestra sociedad a lo largo de los últimos años, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las transformaciones del mundo laboral (inestabilidad laboral), • Los cambios demográficos (explosión demográfica mundial y disminución de la natalidad en los países desarrollados).
Cortés y Paniagua (1997)	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de acceso a la vivienda.
Plan Nacional de Inclusión (2003-2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza. • Dificultades en la integración laboral, ya que el trabajo es la base de la estabilidad de las redes sociales, además de ser una fuente de ingresos regulares. • Dificultades de acceso a la educación, que impiden el establecimiento de las bases formativas que determinan su acceso al mercado laboral. • Carencia de salud, de capacidad psico-física y de asistencia sanitaria; en algunos casos por las limitaciones derivadas de la propia enfermedad y en otros por el estigma que acompaña a algunas de ellas más allá de esas limitaciones (drogodependencias, SIDA, discapacidades, etc.). • Ausencia de alojamiento digno. • Ausencia o insuficiencia de apoyos familiares o comunitarios que son fundamentales para garantizar la integración social de cualquier persona, por el apoyo económico y humano que suponen. • Ámbitos de marginación social. • Problemas de acceso y aprendizaje de nuevas tecnologías. • Falta de movilización y sensibilización de la sociedad.
Plan Nacional de Inclusión (2008-2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Orígenes familiares. • Baja, nula o mala escolarización. • Escasa o poca formación profesional. • Ausencia de trabajo o trabajo precario o estacional. • Alimentación deficiente. • Bajos ingresos. • Vivienda insalubre o en mal estado. • Mala salud o enfermedades crónicas o repetitivas. • Falta de prestaciones sociales. • Sin acceso a los servicios públicos. • Escaso apoyo a la solidaridad familiar. • Dificultades de acceso a las nuevas tecnologías.
VI Informe FOESSA (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusión de la relación salarial normalizada • Pobreza económica • Privación de la participación en el consumo • Acceso efectivo a los derechos políticos • Abstencionismo y pasividad política • Acceso limitado a los sistemas de protección social: sanidad, vivienda y educación. • Aislamiento social, falta de apoyos sociales. • Integración de las redes sociales “desviadas”. • Conflictividad social (conductas anómicas) y familiar (violencia doméstica).
Plan Nacional de Inclusión (2013-2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de la crisis económica en el mercado de trabajo: aumento del desempleo en general y en la juventud en particular. • Dificultades de acceso al mercado laboral de personas con bajos niveles educativos. • Aumento del paro de larga duración, con especial vulnerabilidad de los hogares en los que todos sus miembros activos están en paro. • Abandonos educativos tempranos motivados por la facilidad de acceso a empleos poco cualificados. • Dificultades para el mantenimiento de la vivienda (ejecuciones hipotecarias y lanzamientos), consecuencia de la crisis económica. • Inaccesibilidad a la asistencia sanitaria en ciertos grupos de población.

1.2. Aislamiento social

Tal y como ha podido verse en el apartado anterior, la participación social, la falta de apoyos sociales y el aislamiento son tanto dimensiones de la exclusión social, como uno de los factores que propicia la misma. El término aislamiento social está más próximo a los niveles microsociales, familiares, de grupo, amigos y, en definitiva, factores relacionales y psicosociales.

El aislamiento ha sido definido de forma muy variada en la literatura científica confundiéndose frecuentemente con soledad y exclusión. Hall y Havens (1999) definieron el aislamiento social como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros; y aislamiento emocional (o soledad), como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo número de contactos sociales mantenidos. Hawthorne (2006) define el aislamiento social como vivir sin compañía, apoyo social ni conexión social. Para Carpenito-Moyet (2008) es un estado en el que una persona o un grupo sienten la necesidad o el deseo de involucrarse más con los otros, pero es incapaz de establecer ese contacto. Nicholson (2009) lo define como un estado en el cual el individuo carece de un sentido de pertenencia social y de unión o compromiso con los demás y tiene escasos contactos sociales que no constituyen relaciones de calidad. El paralelismo entre “soledad objetiva-soledad social-aislamiento social” y “soledad subjetiva-soledad emocional-aislamiento emocional” resulta obvio y para muchos autores configura el significado de ambos términos. En esta misma línea, Cattán, White, Bond y Learmouth (2005) definen la soledad o aislamiento emocional como el sentimiento subjetivo de falta o pérdida de compañía, mientras que consideran que el aislamiento social es la ausencia objetiva de contactos y de interacciones entre la persona mayor y la red social. Según los indicadores de exclusión social contemplados en el VI Informe Foessa (2008), el aislamiento social se compone de tres aspectos: no tener apoyo familiar (personas sin relaciones en el hogar y que no cuentan con ningún apoyo para situaciones de enfermedad o de dificultad); existencia de conflicto vecinal (hogares con malas o muy malas relaciones con los vecinos); personas institucionalizadas (hogares con personas en instituciones: hospitales y pisos psiquiátricos, centros de drogodependencias, de menores, penitenciarios, para transeúntes o mujeres). En general, cuando se habla de aislamiento social se hace referencia tanto a la ausencia de

relaciones sociales satisfactorias, como a un nivel bajo de participación en la vida comunitaria.

Dada la presencia casi inevitable del término “soledad” al hacer referencia a los procesos de aislamiento social, parece conveniente detenerse a desarrollar la caracterización de este concepto.

El concepto de soledad proviene de la tradición psicológica y, por tanto, aglutina su significado en torno a los factores psicológicos. Soledad se ha definido como el estado aversivo experimentado cuando existe una discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las percibidas en cada momento (Peplau & Perlman, 1982); la evaluación subjetiva de que el número de relaciones o el nivel de intimidad son menores a los que la persona considera deseables (Fokkema, De Jong Gierveld & Dykstra (2012); como una experiencia desagradable y angustiante que acompaña a la percepción de un déficit en la cantidad o en la calidad de relaciones sociales (Hawkley, 2015); o como un estado preocupante que indica que la necesidad básica de contacto social no está siendo cubierta (Inagaki et al., 2015). Este tipo de definiciones señalan el carácter principalmente afectivo y cognitivo de la soledad, como experiencia emocional subjetiva (Heinrich & Gullone, 2006; Hawkley & Cacioppo, 2010).

La soledad es un hecho básico de la vida y es sentido por todos los seres humanos en algún momento. Es decir, la soledad es una experiencia humana universal consecuencia de la necesidad humana de pertenencia (Baumeister & Leary, 1995; Peplau & Perlman, 1982; Rotenberg, 1999). La evidencia indica que las personas que se sienten solas no difieren de aquellas que no lo sienten en la mayoría de las variables más frecuentemente relacionadas con la soledad, como son nivel de actividad cotidiana, tiempo pasado en soledad, número de amigos, etc. (Hawkley, Burleson, Berntson & Early, 2003). Mientras tanto, las variables que parecen influir en los sentimientos de soledad están más relacionadas con la valoración subjetiva de las relaciones sociales, la satisfacción con la amistad o la aceptación social percibida (Asher & Paquette, 2003).

La soledad es, pues, un fenómeno multidimensional que puede variar entre personas y situaciones de acuerdo a los distintos factores objetivos y subjetivos implicados. En este sentido, debe mencionarse la ya clásica diferenciación de Weiss (1973) entre soledad emocional, definida como la pérdida de relaciones sociales

significativas con sentimientos de vacío y ansiedad; y soledad social, entendida como la falta de red social (familia y/o amigos) que apoye e implique a la persona en sus intereses y actividades, con sentimientos de marginalidad, falta de apoyo o ayuda, etc. Algunos autores parecen abundar en esta diferenciación señalando cómo la soledad emocional se relaciona con problemas de apego, mientras que la social se relaciona con la integración social de la persona (Di Tommaso & Spinner, 1997).

En nuestro país, López (2005) realizó un estudio sobre las personas mayores que viven solas. Siguiendo el enfoque mencionado, en dicho estudio se diferencia entre soledad objetiva (social) y subjetiva (emocional). En cuanto a la soledad objetiva, vivir solo y no disponer de compañía familiar o por amistad, se relaciona con el temor que genera el deterioro repentino de la salud. En este sentido, la soledad tendría que ver con el estado de indefensión en que se perciben los mayores que viven solos, por ejemplo, cuando imaginan sufrir accidentes o enfermedades en un contexto doméstico carente de compañía. En cuanto a la soledad subjetiva, ésta se centra en la esfera de los sentimientos, situando el problema fundamental de la vida en solitario en la ausencia habitual de alguien con quien poder conversar, o al cuál dirigirse en momentos de decaimiento anímico.

Respecto al análisis de la soledad como sentimiento subjetivo y dejando aparte la soledad objetiva, López (2005) resalta el hecho de que generalmente los mayores tienden a no admitir que están sufriendo este sentimiento, aunque lo señalen como uno de los mayores problemas de la población mayor en general. La negación de este sentimiento en uno mismo puede deberse bien a la influencia de la deseabilidad social, bien al deseo de no preocupar o molestar a nadie, bien al hecho de que han elegido voluntariamente el vivir solos y no desean que sus familiares sean conscientes de los aspectos negativos de esta decisión, etc.

Las causas y factores que recoge este autor relacionados con el sentimiento subjetivo de soledad son los siguientes:

1. Problemas personales asociados a la viudedad, sobre todo debido a la pérdida del amparo y de la intimidad conyugal, el recuerdo obsesivo de los seres queridos que ya han fallecido y la desilusión por la vida.
2. La situación familiar adversa, sobre todo debido a la dispersión de los hijos y la falta de descendientes.
3. Los problemas de salud y la depresión.

Una vez hecho este breve análisis de los sentimientos subjetivos de soledad, debe hacerse notar que en este trabajo de López (2005) se encuentra que es a nivel físico y social (soledad objetiva), por encima de lo emocional, donde más reconocen sufrir la soledad los mayores. Por lo que concluye que lo verdaderamente grave de la soledad está más relacionado con el estado objetivo de aislamiento que con el sentimiento interno de soledad.

Por otro lado, y también a nivel nacional, Rubio (2004) encuentra que la diferencia entre aislamiento y soledad está relacionada con la causa que ha provocado el aislamiento, diferenciando entre soledad subjetiva cuando la falta de relación social viene impuesta por circunstancias externas y va en contra de las expectativas de la persona, y aislamiento sin soledad cuando esta falta de relación es más o menos voluntaria o se ajusta a las expectativas previas de la persona. .

Si se considera todo lo anteriormente expuesto acerca de la exclusión social, el aislamiento social y la soledad, el hecho de que una persona pueda llegar a encontrarse aislada depende de una conjunción de factores de distinto nivel como puede apreciarse en la figura 1.2.

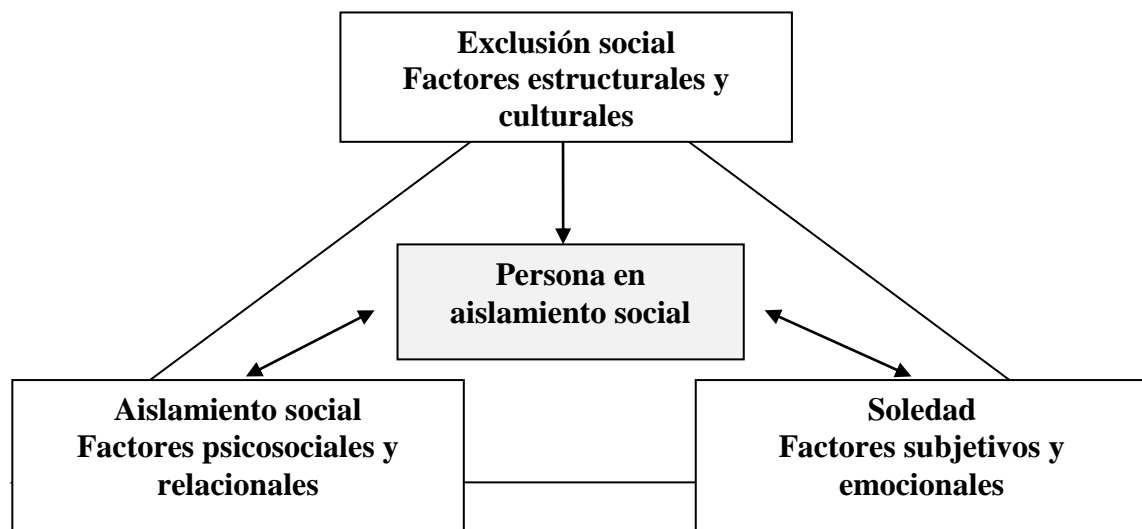


Figura 1.2. Relación entre exclusión social, soledad y aislamiento.

Como se detalla en la figura, existe una asociación de cada término con un grupo de factores predominante y una interacción muy importante entre ellos. De esta forma, los factores provenientes de la exclusión social son factores estructurales unidos a las

dinámicas sociales y a los mercados de trabajo y vivienda de cada sociedad (por ejemplo, parados de larga duración). Igualmente, los ámbitos educativos, sanitarios y sociales generan también funcionamientos excluyentes en mayor o menor medida. Incluso en las sociedades más avanzadas en las que la sanidad, la educación y los servicios sociales son universales existen grupos de difícil acceso y barreras en este sentido (por ejemplo, personas sin hogar o grupos culturales minoritarios). De forma paralela, todas las sociedades mantienen en su seno estructuras y dinámicas culturales relacionadas con la exclusión (por ejemplo, hacia los inmigrantes). En este sentido los factores estigmatizantes ante distintos problemas o características personales añaden un papel de rechazo social a las personas que los sufren que puede llegar a resultar determinante en muchos casos (por ejemplo, estigma hacia la enfermedad mental, la discapacidad, la vejez o la orientación sexual).

Sin embargo, los factores estructurales y culturales podrían servir en el mejor de los casos para indicarnos cuántas personas pueden sufrir procesos de exclusión en cada sociedad, pero no quiénes serían esas personas. Es necesario recurrir a factores más próximos a la persona para conocer mejor este tipo de procesos complejos. De esta forma, para entender el aislamiento social hay que hacer referencia a:

- Los factores sociales y de relaciones personales, tales como tener familia, sufrir pérdidas de amigos y familiares, estilo de funcionamiento familiar, existencia y tipo de grupos de apoyo próximos a la persona (amigos, asociaciones...), relación con los vecinos y las dinámicas de barrio, etc.
- Los factores personales, tales como la jubilación, el desempleo, la emigración, etc. Estos son elementos que, sin ninguna duda, ayudan a configurar unos factores de vulnerabilidad ante el aislamiento muy relevantes.

La interacción entre los factores estructurales y psicosociales podría explicar gran parte de las dinámicas de exclusión y aislamiento pero todavía podríamos encontrar personas que aun con el peso de las variables sociales y psicosociales jugando en su contra fueran capaces de mantener conexiones y superar el aislamiento. Es posible encontrar personas que incluso en sociedades y grupos sociales muy inclusivos permanecen aislados y viceversa. Es decir, existe un último grupo de factores psicológicos, más unidos a lo subjetivo y lo emocional (soledad) que pueden influir en esta ecuación:

- La investigación ha puesto de manifiesto como ciertos estilos de personalidad (introversión, hostilidad, paranoide) pueden ayudar a generar procesos psicológicos de aislamiento y soledad (Halliday, Banerjee, Philpot, & Macdonald, 2000).
- En el plano afectivo, sentimientos de rechazo y estar solo se relacionan con la ansiedad social, los sentimientos agresivos o de victimización y la depresión (Twenge, Baumeister, Tice & Stucke, 2001). En este sentido, es destacable el paralelismo sugerido por algunos autores (Eisenberger, Lieberman & Williams, 2003; MacDonald & Leary, 2005; DeWall & Baumeister, 2006) entre el dolor físico y el dolor social proveniente del rechazo social y la exclusión encontrado a nivel neuroanatómico y funcional del sistema nervioso.
- Finalmente, los aspectos cognitivos se ven implicados en este proceso, por ejemplo, con elementos de deterioro del procesamiento superior o con procesos de internalización del estigma social (Muñoz, Sanz, Pérez-Santos & Quiroga, 2011).

Es decir, ninguno de los grupos de factores por sí sólo parece poder explicar el tipo de situaciones extremas de aislamiento que encontramos en nuestras sociedades (personas sin hogar, mayores aislados, etc.). De esta forma, el hecho de que una persona se encuentre en un momento determinado de su vida en una situación de aislamiento extremo está en función de la interacción de la biografía de la persona con su mundo relacional en un marco social y cultural determinado.

1.3. Efectos de la exclusión y el aislamiento social

En los últimos veinticinco años se ha puesto de manifiesto la importancia que los factores sociales relacionados con el rechazo social, el aislamiento, la soledad y la exclusión social tienen en la salud mental y en el bienestar y calidad de vida de las personas (Leary, 1990; Gardner, Pickett & Brewer, 2000; Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003; Muñoz, Vázquez & Vázquez, 2003; Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005; Heinrich & Gullone, 2006; DeWall & Baumeister, 2006; Leary, Twenge & Quinlivan, 2006; DeWall, Twenge, Bushman, Im & Williams, 2010; Hawton et al., 2011; Linz & Sturm, 2013; Chester et al., 2014; Stenseng, Belsky, Skalicka & Wichstrom, 2015).

Ya en la década de los 90, autores como Baumeister y Leary, partiendo de la base de que los seres humanos tienen una necesidad de pertenencia que consiste en un deseo de formar y mantener una cierta cantidad de relaciones sociales significativas y positivas, establecieron que, desde este punto de vista, las personas que experimentan dificultades importantes y persistentes en establecer y mantener este tipo de relaciones satisfactorias con otras personas, y por tanto tienen dificultades para cubrir sus necesidades de pertenencia, corren el riesgo de sufrir sensaciones de privación que se manifiestan de diferente manera a nivel emocional, comportamental, etc. De forma similar, se han ido realizando trabajos de revisión y sistematización de los efectos de la soledad y el aislamiento social (Heinrich & Gullone, 2006; Jones & Hebb, 2003; Marangoni & Ickes, 1989). Pueden distinguirse los siguientes grupos de efectos:

1. Físicos. El aislamiento social está relacionado con:

- la hipertensión, la mala salud física y un incremento de la mortalidad (Bower, 1997);
- un mayor riesgo de discapacidad, pobre recuperación de la enfermedad y mortalidad (Stuck, Walthert, Nikolaus, Büla, Hohmann & Beck, 1999; Berkman & Glass, 2000; Seeman, Singer, Ryff, Love & Levy-Storms, 2002; Stuck, Egger, Hammer, Minder & Beck, 2002; Berkman et al., 2004; Friedmann et al., 2006; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010; Patterson & Veenstra, 2010; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010);
- un aumento del riesgo de desarrollar problemas de salud (Rutledge et al., 2008; Thurston & Kubzansky, 2009);
- hospitalizaciones y re-hospitalizaciones (Mistry, Rosansky, McGuire, McDermott & Jarvik, 2001; Hastings et al., 2008; Jordan et al., 2008; Löfvenmark, Mattiasson, Billing & Edner, 2009; Giuli et al., 2012);
- riesgo elevado de tabaquismo, niveles bajos de actividad y conductas poco saludables (Shankar, McMunn, Banks & Steptoe, 2011). House (2001) compara los riesgos para la salud del aislamiento social con los del tabaquismo y la obesidad.

2. Afectivos:

- Las personas que sufren de un aislamiento social extremo y de sentimientos de soledad tienden a sentir también sentimientos de desesperación, falta de cariño,

rechazo, problemas del estado de ánimo tendentes a la depresión, sensaciones de impaciencia y parecen mantener unos esquemas de funcionamiento cognitivo tendentes a la autodevaluación (Paloutzian & Ellison, 1982; Rubinstein & Shaver, 1982; Twenge, Catanese & Baumeister, 2003).

- También se han encontrado evidencias de que sentirse excluido socialmente produce sensaciones de soledad, depresión, ansiedad e ira (Baumeister & Tice, 1990; Baumeister & Leary, 1995; Chipuer, 2001; Twenge, Baumeister, Tice & Stucke, 2001; Cacioppo & Hawkley, 2003; Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010; Chester et al., 2013).
- Existen algunas teorías sobre la relación entre el rechazo y la agresión, por ejemplo Leary, Twenge y Quinlivan (2006) ponen a prueba las posibles explicaciones de por qué el rechazo lleva a la ira y la agresión, concluyendo que son: el rechazo como una fuente de dolor, el rechazo como una fuente de frustración, el rechazo como una amenaza a la autoestima, mejora el estado de ánimo después de la agresión, agresión como la influencia social, la agresión como medio de restablecer el control, la retribución, la desinhibición y la pérdida del autocontrol.
- Por otro lado, DeWall, Twenge, Bushman, Im y Williams (2010) comprobaron cómo la aceptación de los demás mitiga en parte el dolor del rechazo social, haciendo que las personas rechazadas, según van siendo aceptadas por más personas, sean menos propensas a arremeter contra otros. Por su parte, Twenge et al. (2007) encontraron que reconectar con alguna actividad social, aunque sólo sea recordándola, reduce los comportamientos agresivos.

3. Psicopatológicos:

- Las variables anteriores inciden en el aumento de la probabilidad de sufrir problemas psicopatológicos (Asher & Paquette, 2003). Algunos de los problemas psicopatológicos que se encuentran entre estos grupos de población son los trastornos de personalidad, los episodios depresivos y la depresión (Prince, Harwood, Blizard, Thomas & Mann, 1997; Warner, 1998; Chou, Liang & Sareen, 2011), el suicidio (Centers for Disease Control and Prevention, 1996) y la dependencia del alcohol (Green et al., 1992; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002).

- Por otro lado, como efectos positivos de la exclusión social, DeWall et al., (2011) comprobaron que la exclusión pone en marcha un proceso automático de regulación de las emociones, en el que las emociones positivas se hacen muy accesibles, conectando la investigación con la salud mental positiva.

4. Cognitivos:

- Acompañando a las sensaciones de autodevaluación se observan tendencias a la baja autoestima de estas personas (Peplau & Perlman, 1982; Leary, 1990; Nurmi, Toivonen, Salmela-Aro & Eronen, 1997). Las personas aisladas tienden a sentirse peores, poco atractivas, indeseables y socialmente incompetentes (Anderson, Horowitz & French, 1983; Kupersmidt, Sigda, Sedikides & Voegler, 1999).
- De forma paralela, se han identificado variables cognitivas relacionadas con la suspicacia hacia los otros y la sensibilidad al rechazo, de hecho se han observado sesgos perceptivos que llevan a la percepción de los otros como “hostiles” (Cacioppo & Hawkley, 2003; Ernst & Cacioppo, 2000; Gardner, Brooke, Ozanne & Kendig, 1998; Rotenberg, 1999) y a percibir la información neutra como hostil, lo que tiene implicaciones para el comportamiento agresivo (DeWall, Twenge, Gitter & Baumeister, 2009).
- De forma experimental, Twenge, Baumeister, Tice y Stucke (2001) han conseguido demostrar efectos de bajadas en el procesamiento cognitivo superior, con una disminución significativa en el rendimiento cognitivo en tareas cognitivas complejas como la lógica y el razonamiento, tanto en velocidad como en precisión; mientras que no parece afectar al procesamiento sencillo de la información (Baumeister, Twenge & Nuss, 2002). Por otro lado, los hallazgos sugieren que la exclusión social interfiere con el control ejecutivo de la atención, y este efecto se manifiesta en aspectos específicos del rendimiento cognitivo y la función cerebral (Campbell et al., 2006).
- Una disminución de la interacción social puede tener un efecto negativo en el estado cognitivo de las personas mayores (Zunzunegui, Alvarado, Del Ser & Otero, 2003) y no participar en actividades de ocio parece ser un antecedente de la disminución del funcionamiento cognitivo (Wang, Karp, Winblad & Fratiglioni, 2002).

5. Comportamentales:

- Junto con la exclusión social aparecen comportamientos cohibidos, poco asertivos y de poca habilidad social (Ernst & Cacioppo, 2000; Inderbitzen-Pisaruk, Clark & Solano, 1992).
- La exclusión social genera esquemas comportamentales de auto-abandono o de poco autocuidado o auto-regulación (por ejemplo, llevar a cabo conductas poco saludables frente a una disminución en las conductas saludables). Esta auto-regulación puede aumentarse con determinados incentivos o haciendo consciente a la persona de su comportamiento poco saludable, es decir, las personas que se sienten excluidas son capaces de auto-regularse, pero generalmente no están dispuestos a hacer el esfuerzo (Twenge, Catanese & Baumeister, 2002; Baumeister, DeWall, Ciarocco & Twenge, 2005).
- Aparecen también conductas de riesgo como un mayor consumo de alcohol (Hanson, 1994), el sedentarismo (Eng, Rimm, Fitzmaurice & Kawachi, 2002) e incluso un empeoramiento de las conductas prosociales y de ayuda, ya que el rechazo interfiere temporalmente con algunas respuestas emocionales, afectando de esta manera la capacidad de comprensión empática de los demás, dando como resultado la reducción de conductas de ayuda o cooperación (Twenge, Catanese & Baumeister, 2002; Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco & Bartels, 2007; Baumeister, Brewer, Tice & Twenge, 2007).
- La exclusión social provoca una reducción de la sensibilidad al dolor físico, la insensibilidad emocional, y una menor empatía con el sufrimiento de otra persona (DeWall & Baumeister, 2006).

En otro orden de cosas y en línea con los aspectos afectivos y cognitivos se identifica un estilo de afrontamiento “triste” caracterizado por una perspectiva pesimista de las propias opciones personales y un sentido “trágico” que lleva a los esquemas de comportamiento pobres, con poca actividad y estilos de solución de problemas poco activos (Dill & Anderson, 1999), un enfoque en el presente y no el futuro, unido a una mayor propensión a las emociones negativas del tipo “la vida no tiene sentido” (Twenge, Catanese & Baumeister, 2003).

Respecto a las áreas del cerebro implicadas en los procesos de exclusión, la investigación apunta hacia que las bases cerebrales del dolor social son similares a las

del dolor físico. La corteza prefrontal ventrolateral derecha regula la angustia de la exclusión social mediante la interrupción de la actividad de la corteza cingulada anterior (Eisenberger, Lieberman & Williams, 2003). La modulación de la actividad en la corteza prefrontal ventrolateral derecha está implicada en el autocontrol y regulación emocional y puede romper el vínculo entre la exclusión social y la agresión (Riva, Lauro, DeWall, Chester & Bushman, 2015).

Esta realidad acerca de los efectos que el aislamiento y la exclusión social pueden tener sobre las personas, ha llevado a que la investigación haya centrado su interés en la importancia de identificar estos factores en distintos grupos de población, en especial en grupos vulnerables.

1.4. Grupos vulnerables

A pesar de que, como se ha visto hasta ahora, tanto la exclusión como el aislamiento social se conceptualizan como procesos multidimensionales que afectan a todas las personas integrantes de una sociedad dada, resulta obvio que algunos grupos de población se ven afectados más directamente por un mayor número de factores de exclusión que llegan a determinar situaciones de aislamiento social extremas, ya que acumulan carencias de tipo económico, laboral, de salud, de vivienda, de educación, de acceso a las nuevas tecnologías, etc. Estas dificultades reducen sus posibilidades de participación social y política, conduciéndoles a una situación de exclusión y aislamiento social.

En este sentido, el Plan Nacional de Inclusión 2013-2016, señala como grupos con mayor vulnerabilidad de sufrir procesos de exclusión social a las personas mayores, personas sin hogar, personas con discapacidad, personas en situación de dependencia, población inmigrante, víctimas de violencia (con especial atención a la violencia de género y al maltrato infantil), población gitana, víctimas de discriminación por origen racial o étnico, orientación sexual e identidad de género, personas con problemas de adicción y personas reclusas y ex-reclusas.

La presente tesis centra su atención en uno de estos grupos de mayor vulnerabilidad de sufrir pobreza y exclusión social, las personas mayores. En el capítulo siguiente, se expondrán las características concretas de esta población y los factores de riesgo específicos que les hacen ser especialmente vulnerables al aislamiento social.

Capítulo 2

Procesos de exclusión y aislamiento social: personas mayores de 65 años

2.1. Personas mayores de 65 años: un grupo vulnerable.

Es un hecho conocido el que, durante los últimos años, en las sociedades occidentales se está dando un rápido aumento del número de personas mayores de 65 años. Ya en 2002, la Organización Mundial de la Salud centró su atención en este grupo de población, proponiendo el desarrollo de medidas que fomenten el envejecimiento activo de la población, entendiendo éste como “el proceso de optimización de las oportunidades en relación con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece”.

Según el último Censo de Población y Vivienda, realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2011, en España, hay 46.815.916 habitantes, 8.116.350 son personas mayores de 65 años, es decir, un 17,34% de la población española tiene más de 65 años. Dirigiendo la atención a la Comunidad de Madrid, el porcentaje desciende ligeramente, puesto que un 15,14% de la población es mayor de 65 años. Sin embargo, en la ciudad de Madrid, municipio en el que se desarrolla esta investigación, este porcentaje supera la media nacional, encontrando un 19,51% de personas mayores, de las cuales el 38,85% son varones y el 61,15% son mujeres.

Respecto a la edad media de los mayores de 65 años, la ciudad de Madrid se sitúa por encima tanto de la media nacional como de la media autonómica. No obstante, no existen diferencias notables en cuanto a la edad media de las personas mayores de 65 años en los tres niveles evaluados: nacional, autonómico y municipal, siendo 75,86; 75,66 y 76,4 respectivamente (Censo de Población y Vivienda del INE, 2011).

Por otro lado, también se está dando un aumento de personas mayores que viven solas. En cuanto a esto, se observa una distribución parecida a la anterior, en España el porcentaje es de 21,54%, algo más alto en la Comunidad de Madrid, 22,66%, y de nuevo en el municipio de Madrid el porcentaje de personas mayores de 65 años que viven solas es superior a la media nacional y autonómica, ascendiendo al 25,41%. En los tres niveles: nacional, autonómico y municipal, las personas mayores que viven solas son en su gran mayoría mujeres (Censo de Población y Vivienda del INE, 2011).

En cuanto al estado civil del total de las personas mayores de 65 años, los porcentajes más altos corresponden a las personas casadas y viudas tanto a nivel nacional, como en la Comunidad de Madrid y en la ciudad de Madrid (Censo de Población y Vivienda del INE, 2011).

En las tablas 2.1 y 2.2, se muestra una descripción más detallada de la población a tres niveles: nacional, autonómico (referente a la Comunidad de Madrid) y municipal (referente a la ciudad de Madrid), según los datos del último Censo de Población y Vivienda del INE (2011).

Tabla 2.1. Población mayor de 65 años en España, Comunidad de Madrid y el municipio de Madrid, por tramos de edad y sexo.

	ESPAÑA						COMUNIDAD DE MADRID						MUNICIPIO DE MADRID					
	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		TOTAL		HOMBRES		MUJERES		TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
65-74 años	3.899.962	48,05	1.825.889	22,50	2.074.073	25,55	491.010	49,65	221.532	22,40	269.478	27,25	282.250	45,88	119.890	49,88	162.360	43,32
75-84 años	3.083.141	37,99	1.282.336	15,80	1.800.806	22,19	359.932	36,39	143.359	14,50	216.573	21,90	246.090	40,00	94.325	39,24	151.765	40,49
+ 85 años	1.133.247	13,96	362.034	4,46	771.213	9,50	138.057	13,96	40.487	4,09	97.569	9,87	86.830	14,11	26.155	10,88	60.670	16,19
TOTAL SOBRE POBLACIÓN >65 AÑOS	8.116.350	100	3.470.259	42,76	4.646.092	57,24	988.999	100	405.378	40,99	583.620	59,01	615..170	100	240..370	39,07	374.795	60,93
TOTAL SOBRE POBLACIÓN GENERAL	8.116.350	17,34 (*)					988.999	15,40 (**)					615..170	19,23 (***)				

(*) % sobre la población total de España (46.815.916)

(**) % sobre la población total de la Comunidad de Madrid (6.421.874)

(***) % sobre la población total del municipio de Madrid (3.198.645)

(Tabla de elaboración propia a partir de datos obtenidos en el INE, según el Censo de Población y Viviendas, 2011).

Tabla 2.2. Estado civil, hogares unipersonales y edad media de la población mayor de 65 años en España, Comunidad de Madrid y el municipio de Madrid, total y por sexo.

	ESPAÑA						COMUNIDAD DE MADRID						MUNICIPIO DE MADRID					
	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		TOTAL		HOMBRES		MUJERES		TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	n	% (*)	n	%	n	%	n	% (**)	n	%	n	%	n	% (**)	n	%	n	%
Estado civil																		
Soltero	589.195	7,26	245.490	7,19	343.705	7,61	78.190	7,91	22.940	5,76	55.255	9,78	61.625	9,87	15.965	6,64	45.655	12,18
Casado	4.796.035	59,09	2.660.225	77,91	2.135.805	47,26	579.580	58,60	318.255	79,93	261.330	46,24	347.405	55,66	187.755	78,11	159.650	42,60
Viudo	2.296.645	28,30	391.060	11,45	1.905.580	42,17	268.145	27,11	42.560	10,69	225.575	39,92	181.995	29,16	27.730	11,54	154.265	41,16
Divorciado-separado	251.900	3,10	117.870	3,45	134.035	2,97	37.370	3,78	14.420	3,62	22.940	4,06	24.145	3,87	8.915	3,71	15.210	4,06
Viven solos	1.709.185	21,06	429.705	25,14	1.279.490	74,86	218.270	22,07	46.945	21,51	171.330	78,49	156.330	25,05	31.670	20,26	124.660	79,74
Edad Media	75,86		75,07		76,45		75,66		74,8		76,27		76,4		75,61		76,91	

(*) % sobre la población > 65 años de España (8.116.350)

(**) % sobre la población > 65 años de la Comunidad de Madrid (988.999)

(***) % sobre la población > 65 años del municipio de Madrid (624.106)

(Tabla de elaboración propia a partir de datos obtenidos en el INE, según el Censo de Población y Viviendas, 2011).

Aunque es cierto, que muchas personas mayores viven perfectamente integradas y mantienen una buena calidad de vida, no es menos cierto que este aumento de población mayor y el aumento de hogares unipersonales, viene acompañado de unos niveles de mayor dependencia, que requieren un mayor número de ayudas. En concreto, en España, según la última Encuesta Nacional de Salud realizada por el INE en los años 2011-2012, un 46,47% de la población mayor de 65 años presenta dependencia funcional de algún tipo, bien para cuidado personal, tareas domésticas y/o movilidad (Encuesta Nacional de Salud del INE, 2011-2012), siendo en su mayoría mujeres con un 52,34%, frente al 38,68% de los hombres. Respecto a la Comunidad de Madrid, los niveles son parecidos, aunque algo inferiores, ya que un 32,66% de la población mayor de 65 años presenta alguna dependencia funcional, siendo también en su mayoría mujeres, con un porcentaje de 48,21%, frente al 25,94% de los hombres. Es decir, existe un conjunto de personas que para poder desenvolverse en su vida cotidiana necesitan ayudas o apoyos por parte de recursos, formales o informales, que les permitan adaptarse a su situación de dependencia en su propio entorno.

Por otro lado, un 3,1% de la población general de España se encuentra gravemente limitado para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses (Encuesta Nacional de Salud del INE, 2011-2012). Este porcentaje se incrementa cuando se refiere a la población entre 65 y 74 años, donde un 4,33% sufre esta grave limitación. Y se incrementa aún más en la población española mayor de 75 años, donde un 38,54% se encuentra gravemente limitado para las actividades de la vida cotidiana. Los tipos de problemas que limitan en un porcentaje más alto a las personas mayores de 65 años son los problemas físicos (más del 80%), frente a los problemas mentales (entre un 3% y un 5%) y la presencia de ambos (entre un 10% y un 20%).

El Informe de Cruz Roja (2012) revela que las personas mayores de 65 años tienen presencia mayoritaria entre las personas participantes a nivel nacional de los programas de intervención social de esta entidad. En concreto, el 34% de las personas atendidas tenían 65 o más años, pero en su mayoría eran personas de 80 o más años (62% de los mayores de 65 años atendidos).

En cuanto al riesgo de exclusión social, según datos del Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2008-2010, la población mayor de 65 años

es uno de los grupos de población más vulnerables y con mayor tasa de pobreza, lo que supone el deterioro de las condiciones y la calidad de vida de las personas. Esta tendencia parece haber mejorado y el Plan Nacional de Inclusión Social 2013-2016, señala que la tasa de población mayor en riesgo de pobreza y exclusión social ha caído en los últimos años, siendo de 16,6% en 2012. No obstante, también señala que esta caída puede estar reflejando más un efecto estadístico que una realidad, al compararlo con el aumento de las cifras de pobreza de otras poblaciones vulnerables, por los efectos de la crisis económica. De esta manera, y a pesar de esta caída en el porcentaje de mayores en riesgo de pobreza y exclusión social, lo cierto es que el nivel de vida de las personas mayores en España probablemente no ha mejorado, soportando ahora otros gastos como las subidas de impuestos indirectos, los recortes en ciertos gastos públicos, o sufriendo un detrimento de la cobertura de las propias necesidades al utilizar parte de sus ingresos para compensar las pérdidas de empleo y rentas de sus hijos y nietos. Así, tal y como señala el Plan Nacional de Inclusión Social 2013-2016, esta situación de las personas mayores en España podría estar desembocando en un deterioro de la calidad de su alimentación, menor participación social y actividad física, a pesar de la supuesta bonanza que indican los datos estadísticos.

Esto hecho, unido a los datos anteriores acerca del factor añadido que suponen los altos niveles de dependencia funcional en esta población, que van aumentando según aumenta la edad, hacen de la población mayor de 65 años un grupo vulnerable, para el que se hace necesaria la atención.

2.2. Factores de riesgo y mantenimiento de la exclusión y el aislamiento social en personas mayores de 65 años.

Teniendo en cuenta los efectos de la exclusión y el aislamiento social desarrollados en el capítulo 1, la vulnerabilidad del grupo de población mayor de 65 años expuesta en el apartado anterior y la necesidad de establecer estrategias de intervención específicas para esta población, cabe preguntarse cuáles son los factores de riesgo y mantenimiento del aislamiento social en esta población, ya de por sí vulnerable.

Findlay y Cartwright (2002), tras llevar a cabo una revisión exhaustiva de la evidencia empírica disponible, concluyeron que los factores de riesgo para sufrir aislamiento social en las personas mayores son 11: las pérdidas, una salud física pobre,

la enfermedad mental, ser un cuidador, problemas en la comunicación, problemas en el idioma, lugar de residencia, miedo y sentimientos de vulnerabilidad, sexo y estado civil, actitudes de la comunidad y transporte. Por su parte, Nicholson (2012) señala que pueden ser considerados como factores de riesgo para el aislamiento social de las personas mayores factores físicos, psicológicos, económicos, cambios en el trabajo y en los roles familiares y factores ambientales.

Siguiendo a estos autores, y haciendo una revisión más amplia de la literatura, pueden señalarse los siguientes factores de riesgo, que agrupan a su vez un número mayor de variables:

1) Factores físicos.

- Tener un número elevado de problemas de salud. Tener problemas de salud física es uno de los principales predictores del aislamiento social (Gardner, Brooke, Ozanne & Kendig, 1998) y, a su vez, las personas mayores que están en aislamiento social presentan mayor riesgo de padecer problemas de salud (Hall & Havens, 1999). Havens, Hall, Sylvestre y Jiva (2004) y Havens y Hall (2001) encontraron que aquellas personas mayores que tenían 4 o más problemas crónicos de salud tenían un riesgo 1,3 veces mayor de sufrir aislamiento social que aquellos que tenían menos de 4 enfermedades crónicas. Por el contrario, el apoyo social y tener una red social están asociados con una mejora de la salud y el bienestar (Edelbrock, Buys, Creasey & Broe, 2001).
- Tener una pobre imagen corporal, por tener sobrepeso, puede hacer que la persona disminuya o incluso cese sus contactos sociales hasta el punto de ponerse en riesgo de sufrir aislamiento social. Según Nicholson (2012), este proceso puede darse de dos maneras, bien porque la persona con sobrepeso tenga vergüenza de su propia imagen corporal y no quiera establecer relaciones sociales; o bien porque, dado que muchos encuentros sociales giran alrededor de la comida, la persona quiera adelgazar o mantener pautas de alimentación saludables y, por lo tanto, evite estas interacciones sociales y/o a otras personas con sobrepeso.
- Pérdidas sensoriales. Las pérdidas de visión y/o audición de las personas mayores se asocian con un mayor riesgo de aislamiento social (Mick, Kawachi & Lin, 2014; Pronk et al., 2014; Schneider et al., 2011). Estas dificultades

pueden generar problemas en la comunicación (Heine, Erber, Osborn & Browning, 2002; Thodi et al., 2013), con un número menor de interacciones sociales y un deterioro del funcionamiento social (Jang et al., 2003; The National Council on the Aging, 1999; Weinstein & Ventry, 1982; Strawbridge, Wallhagen, Shema & Kaplan, 2000; Garijo & Sebastián, 2008) que si se prolongan en el tiempo podrían conducir al aislamiento social.

- Incontinencia urinaria. Son varias las investigaciones que ponen de manifiesto el efecto negativo de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las personas mayores, incluyendo los aspectos sociales (Ghodsbin, Kargar, Jahanbin, & Sagheb, 2012); en su estilo de vida, incluyendo la actividad social (Gavira Iglesias et al., 2000); y su relación con un mayor riesgo de aislamiento social (Fultz & Herzog, 2001; Yip et al., 2013; Takahashi, 2015).
- Insomnio. Aspectos como la calidad del sueño o el estado de alerta diurna pueden afectar a variables psicológicas como el apoyo social (Driscoll et al., 2008; Costa, Ceolim, & Neri, 2011).
- Abuso o consumo excesivo de alcohol. Las personas que abusan del alcohol tienen redes sociales más limitadas, existiendo una clara relación entre consumo excesivo de alcohol y el deterioro social (Hanson, 1994; Wadd, Lapworth, Sullivan, Forrester, & Galvani, 2011).
- Discapacidad funcional. Aquellas personas mayores que tienen una buena red de apoyo social refieren tener menos discapacidad funcional (Mendes de Leon, Glass & Berkman, 2003), y en aquellas que se sienten parte de una red social se disminuye el riesgo de padecer una discapacidad funcional (Mendes de Leon et al., 1999)

2) Factores psicológicos.

- Depresión. Distintos autores han encontrado una relación entre los estados depresivos en personas mayores y un aumento en el riesgo de sufrir aislamiento social y, en realidad, puede ser un problema circular (Iliffe et al., 2007; Anderson, 2001; Dorfman et al., 1995; Holvast et al., 2015). En este sentido, una persona puede llegar a mostrar un trastorno depresivo que como consecuencia provoque un distanciamiento de la familia, los amigos y de la sociedad y llegar a aislarse socialmente, lo que refuerza el trastorno depresivo.

- Deterioro cognitivo. Existe una relación entre el deterioro cognitivo y el aislamiento social (Bassuk, Glass, & Berkman, 1999; Havens et al., 2004; Shankar, Hamer, McMunn, & Steptoe, 2013).
- Vivir un suceso traumático como la pérdida de un ser querido, puede hacer que la persona mayor evite los contactos sociales, lo que aumenta el riesgo de aislamiento social. La pérdida de un familiar, un amigo o un vecino cercano puede llevar a un aumento del aislamiento social de las personas mayores (Wenger & Burholt, 2004).
- Religión. Ser parte de una iglesia o mantener una red social basada en el compromiso religioso parecen ser aspectos importantes en la vida social de las personas mayores que aumentan la percepción de apoyo social (Moxey, McEvoy, Bowe, & Attia, 2011).

3) Ser un cuidador.

Ser cuidador/a principal de otra persona, especialmente si ésta sufre algún trastorno mental, a largo plazo y a tiempo completo, más aún cuando cuenta con escasos apoyos informales, puede conducir a esta persona al aislamiento social (Brodaty, & Hadzi-Pavlovic, 1990; Highet, McNair, Davenport & Hickie, 2004; Gopinath, Kifley, Cummins, Heraghty, & Mitchell, 2015; Hayes, Hawthorne, Farhall, O'Hanlon, & Harvey, 2015).

4) Factores relacionados con la comunicación.

- Uno de los problemas a los que se enfrentan los mayores es el acceso a las nuevas tecnologías, como por ejemplo internet o los ordenadores. Las personas mayores que se familiarizan con las nuevas tecnologías potencian con este uso su inclusión social (White et al., 2002; Selwyn, Gorard, Furlong, & Madden, 2003; Shapira, Barak, & Gal, 2007; Fokkema, & Knipscheer, 2007).
- Desconocimiento de la lengua. Que el idioma del lugar de acogida no sea tu lengua materna, podría ser un factor de riesgo del aislamiento social en las personas mayores inmigrantes (Treas, & Mazumdar, 2002; Ip, Lui, & Chui, 2007).

5) Factores ambientales.

- Lugar de residencia:
 - Las personas mayores que viven en comunidades peligrosas, o donde la falta de seguridad es un problema y donde aumentan los sentimientos de miedo y vulnerabilidad, tienen un mayor riesgo de sufrir aislamiento social (Ross & Jang, 2000).
 - Trasladarse a una residencia de mayores puede exacerbar el aislamiento social, incluso cuando este traslado buscaba el efecto contrario (White et al, 1999). Buys (2001) encontró que incluso entre personas cuya amistad es de hace años, cuando uno de ellos va a una residencia, en general, deja de recibir visitas de estos amigos.
 - Las personas que viven en entornos urbanos presentan mayor riesgo de sufrir aislamiento, debido a que mantienen menos contactos con familiares y amigos que aquellos que viven en zonas rurales (Ibrahim, Abolfathi Momtaz & Hamid, 2013). Por el contrario, Findlay y Cartwright (2002) señalan que son las personas que viven en entornos rurales los que tienen mayor riesgo de sufrir aislamiento, sobre todo aquellos que viven lejos de las ciudades, no pueden conducir y cuyas familias no viven en su zona.
- Vivir solo es un factor de riesgo tanto para el aumento del aislamiento social como para la disminución de las redes sociales (Berkman, 2000; Havens, Hall, Sylvestre & Jivan, 2004; Howat, Iredell, Grenade, Nedwetzky, A. & Collins, 2004; Iliffe et al., 2007; Lubben & Gironde, 2003; Losada, 2012).
- Una actitud negativa de la comunidad hacia las personas mayores puede tener el efecto de provocar un detrimento en la habilidad de estas personas para obtener interacciones satisfactorias y significativas en su comunidad (Findlay & Cartwright, 2002).
- La accesibilidad del transporte puede llegar a ser una variable clave en la exclusión social (Lucas, 2012), afectando a la movilidad de las personas mayores y, por lo tanto, a las oportunidades de establecer relaciones sociales.

6) Factores económicos:

- Cambios en los ingresos y en el estatus socioeconómico. Tener una economía restringida (Iliffe et al., 2007) y unos ingresos bajos (Bassuk, Glass, & Berkman, 1999) son factores asociados al aislamiento social, junto con tener

recursos personales inadecuados (Ackley & Ladwig, 2010). El estatus socioeconómico también parece ser un factor de riesgo para el aislamiento social (Havens & Hall, 2001; Iliffe et al., 2007; Losada, 2012).

- La jubilación. Jubilarse puede ser un suceso estresante en la vida de las personas mayores y puede suponer una disminución de sus contactos sociales, sobre todo de aquellos que estaban claramente relacionados con su actividad laboral y con el apoyo social de los compañeros de trabajo (Nicholson, 2012).

7) Factores sociodemográficos.

- En cuanto al género, Gardner, Brooke, Ozanne & Kendig, (1998) y Edelbrock, Buys, Creasey & Broe (2001) encuentran que los hombres son mucho más propensos al aislamiento que las mujeres. Por el contrario, otros autores encuentran que ser mujer aumenta el riesgo del aislamiento social (Ibrahim, Abolfathi Momtaz & Hamid, 2013) y de la soledad (Losada, 2012).
- La edad también parece ser un factor de riesgo, puesto que las personas mayores de más edad tienen un riesgo mayor de sufrir aislamiento que los mayores más jóvenes (Cornwell & Waite, 2009; Losada, 2012).
- Hay algunos aspectos de la realidad social de la persona que pueden ser atribuidos a la raza, tales como la composición familiar o el apoyo social recibido y dado (Peek & O'Neill, 2001).
- El nivel educativo. Un menor nivel educativo parece estar relacionado con un mayor riesgo de sufrir aislamiento social (Iliffe et al., 2007; Bassuk, Glass, & Berkman, 1999).
- El estado civil. La pérdida del cónyuge es un factor que puede desencadenar el aislamiento social (Chipperfield & Havens, 2001). Asimismo, existe una clara relación entre estar soltero y el aislamiento social (Boden-Albala et al., 2005; Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan, & Winblad, 2000). Por otro lado, estar casado se asocia con un incremento en la adherencia a comportamientos saludables (Cacioppo, Hawkley, Norman, & Berntson, 2011).

En la tabla 2.3 puede verse un resumen de estos factores de riesgo.

Tabla 2.3. Factores de riesgo y mantenimiento de la exclusión y el aislamiento social en personas mayores de 65 años.

FACTORES DE RIESGO Y MANTENIMIENTO DE LA EXCLUSIÓN Y EL AISLAMIENTO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS	
1) Factores físicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Tener un número elevado de problemas de salud. • Tener una pobre imagen corporal, por tener sobrepeso. • Pérdidas sensoriales. • Incontinencia urinaria. • Insomnio. • Abuso o consumo excesivo de alcohol. • Discapacidad funcional.
2) Factores psicológicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Deterioro cognitivo. • La pérdida de un ser querido. • Religión.
3) Ser un cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • Ser cuidador/a principal de otra persona, especialmente si ésta sufre algún trastorno mental, a largo plazo y a tiempo completo.
4) Factores relacionados con la comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a las nuevas tecnologías, como por ejemplo internet o los ordenadores. • Desconocimiento de la lengua.
5) Factores ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de residencia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Comunidades peligrosas o donde la falta de seguridad es un problema. ○ Trasladarse a una residencia de mayores. ○ Entorno rural vs. urbano. • Vivir solo. • Una actitud negativa de la comunidad hacia las personas mayores. • La accesibilidad del transporte.
6) Factores económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los ingresos y en el estatus socioeconómico. • La jubilación.
7) Factores sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Género. • Edad (el propio envejecimiento). • Raza. • Nivel educativo. • Estado civil.

2.3. Intervención con personas mayores de 65 años en exclusión y aislamiento social.

Una vez especificado el campo de acción con personas mayores en aislamiento e identificadas las principales variables implicadas en los procesos de exclusión que les afectan, el siguiente paso es el de revisar las principales alternativas de intervención que la Psicología y otras ciencias de la salud han puesto en marcha y los resultados más relevantes alcanzados. En este sentido parece conveniente hacer una distinción entre los programas más empíricos y con una mayor sistematización en la labor investigadora, y los centrados en la intervención y la investigación-acción, principalmente programas europeos (incluyendo españoles).

Con la finalidad de identificar programas o intervenciones psicológicas empíricamente validadas para tratar con el aislamiento social en personas mayores, se ha realizado una revisión en las bases de datos PsycInfo, Medline, PsycArticles y Pubmed, introduciendo como descriptores “personas mayores/vejez/envejecimiento” (*older people/elderly/ageing*) , “aislamiento social/exclusión social” (*social isolation/social exclusion*), “intervenciones psicológicas/intervenciones para la salud” (*psychological interventions/health promoting interventions*), eficacia (*effectiveness*).

2.3.1. Programas de investigación empírica.

La importancia de los factores asociados a la exclusión social, el aislamiento y la soledad en las personas mayores comenzó a adquirir relevancia a partir de la década pasada (Department of Health, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2002; López, 2005). A pesar de la gravedad y extensión que el problema empieza a tener en los países industrializados, es necesario hacer un mayor esfuerzo de investigación para determinar cuáles son los componentes y características de la intervención que hacen que sea eficaz en términos clínicos y económicos (Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011). Como se ha indicado anteriormente, hasta comienzos de la década pasada resultaba difícil encontrar grupos de investigación centrados en este tipo de problemas y la información disponible era difusa y poco coherente (Elkan et al., 2001; Findlay, 2003). Afortunadamente la situación está cambiando muy deprisa y en los últimos años han comenzado a publicarse trabajos de investigación cuyo objetivo principal sea la intervención sobre el aislamiento social en personas mayores.

Centrándose en la descripción y valoración de las intervenciones psicológicas con personas mayores en aislamiento social, sin ninguna duda hay que recurrir a las cuatro revisiones sistemáticas más importantes realizadas hasta la fecha, para intentar establecer el estado de la cuestión acerca del tipo y la efectividad de las intervenciones psicológicas de promoción de la salud en esta población, la de Cattán y White (1998), que incluye una revisión de los artículos publicados respecto a las intervenciones en aislamiento social con personas mayores entre los años 1970 y 1997; la de Findlay (2003), en la que se revisan los artículos publicados entre 1982 y 2002; la de Cattán, White, Bond y Learmouth (2005), que abarca desde 1970 a 2002; y la más reciente de Dickens, Richards, Greaves y Campbell (2011) que incluye artículos publicados antes de mayo de 2009.

La metodología seguida en estos trabajos (revisión de fuentes de buenas prácticas, revisión de bases documentales, revisión de manuales, textos relevantes, etc.) hace de ellos una fuente muy valiosa de información que prácticamente reúne todo lo publicado hasta el momento en esta área.

Los criterios de inclusión de Cattán y White (1998) para los estudios de su revisión eran que estuvieran relacionados con personas mayores, que el objetivo de la intervención fuera el aislamiento social y/o la soledad, que describiera intervenciones dirigidas a conseguir mejorar la salud; que emplearan medidas de resultados; y que hubieran sido publicados entre 1970 y 1997. Esta revisión identificó 21 estudios: 10 de ellos de asignación aleatoria y el resto fueron categorizados bien como “no aleatorios” (8), estudios “pre-post” (2) o estudios cuasi-experimentales (1).

Por su parte, Findlay (2003), emplea los mismos criterios que Cattán y White (1998), pero sobre artículos publicados en inglés en los años 1982 y 2002. Esta revisión identificó 17 estudios relevantes, la mayoría de ellos puramente descriptivos. 5 de los 17 eran intervenciones individuales, 6 eran grupales, 2 eran evaluaciones sobre provisión de servicios y 4 eran evaluaciones sobre el uso de internet. Sólo en 6 de las 17 investigaciones revisadas existía grupo control.

Cattán, White, Bond y Learmouth (2005) emplearon los mismos criterios mencionados anteriormente, con la excepción del marco temporal, ajustándose a

aquellos artículos publicados entre 1970 y 2002. Esta revisión identificó 42 estudios, 30 empleaban una metodología cuantitativa y 12 eran estudios observacionales

En el trabajo de revisión más reciente hasta la fecha, Dickens, Richards, Greaves y Campbell (2011) incluye un criterio de inclusión a los utilizados en las revisiones anteriores, que tuvieran un diseño aleatorio o cuasi-experimental y que incluyeran grupo control. Se incluyen todos los artículos publicados antes de mayo de 2009. Finalmente, se identificaron 32 estudios, 16 con un diseño aleatorio y 16 cuasi-experimentales.

Teniendo en cuenta la información recogida en estos cuatro trabajos de revisión, los estudios incluidos pueden clasificarse según las distintas estrategias de intervención predominantes en cada caso. De este modo se distinguen:

- Programas grupales de educación y apoyo.
- Programas de atención domiciliaria (cara a cara, individuales)
- Programas de coordinación de servicios.
- Programas de intervención comunitaria (búsqueda activa, actividades sociales, acercamiento a los servicios...)

En las tablas 2.4, 2.5 y 2.6 se incluyen los estudios mencionados y se detallan sus principales características.

Tabla 2.4. Características de las intervenciones grupales con personas mayores aisladas (a partir de Cattan & White, 1998; Findlay, 2003; Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005; y Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011)

Autor /es	Intervención
Andersson (1984)	Educación Grupos de discusión
Andersson (1985)	Educación Grupos de discusión
Arnetz & Theorell (1983)	Grupos de participación social Grupos de autoayuda
Baumgarten, Thomas, Poulin de Courval & Infante-Rivard (1988)	Grupos de participación social Grupos de autoayuda
Brennan, Moore & Smyth (1995)	Grupos de apoyo al cuidador Grupos de discusión
Caserta & Lund (1992)	Grupos de duelo Grupos de autoayuda
Constantino (1998)	Grupo de apoyo
Drentea, Clay, Roth & Mittelman (2006)	Grupos de apoyo y consejo a familiares. También apoyo individual.
Evans & Jaureguy (1982)	Terapia grupal Atención telefónica de apoyo
Fujiwara et al. (2009)	Actividad social
Fukui, Koike, Ooba & Uchitomi (2003)	Grupos de apoyo y educación
Haley, Brown & Levine (1987)	Grupos de apoyo al cuidador Grupos de discusión y entrenamiento de habilidades
Harris & Bodden (1978)	Grupos de actividad social
Hopman-Rock et al. (2002)	Educación Actividad física
Ito et al. (1999)	Educación y entrenamiento en habilidades a través de internet.
Kremers, Steverink, Albersnagel & Slaets (2006)	Grupos de autoayuda
Löck (1990)	Grupo de discusión
Martina & Stevens (2006)	Educación
McAuley et al. (2000)	Educación Actividad física
Ollonqvist et al. (2008)	Grupo de discusión, actividad física, rehabilitación.
Rosen y Rosen (1982)	Terapia grupal

	Grupos de autoayuda
	Consejo terapéutico grupal
Routasalo et al. (2009)	Grupo de discusión y actividad social
Savelkoul & de Witte (2004)	Educación
Scharlach (1987)	Educación
	Grupos de entrenamiento de habilidades
	Grupos de apoyo al cuidador
Shanley (2001)	Grupo de apoyo al cuidador
Stevens (2001)	Educación
	Grupos de entrenamiento de habilidades
Stevens & van Tilburg (2000)	Educación
	Grupos de entrenamiento de habilidades
Stewart, Craig, MacPherson & Alexander (2001)	Grupos de discusión
	Grupos de autoayuda
Swindell (2001)	Grupo de educación y entrenamiento
Theunissen, Spinhoven & van der Does (1994)	Grupos de duelo
	Grupos de entrenamiento de habilidades
Toseland, Rossiter & Labrecque (1989)	Grupos de apoyo al cuidador
	Grupos de discusión
	Grupos de autoayuda
Toseland (1990)	Grupos de apoyo al cuidador
	Grupos de discusión
	Grupos de autoayuda
White et al. (1999)	Grupos de entrenamiento de habilidades
White et al. (2002)	Grupos de entrenamiento de habilidades
Winningham & Pike (2007)	Terapia cognitivo conductual

Tabla 2.5. Características de las intervenciones individuales con personas mayores aisladas (a partir de Cattán & White, 1998; Findlay, 2003; Cattán, White, Bond & Learmouth, 2005; y Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011).

Autor /es	Intervención
Bennett (1973)	Visitas domiciliarias dirigidas a fortalecer el apoyo social del mayor.
Bogat & Jason (1983)	Visitas domiciliarias dirigidas a aportar un apoyo directo al mayor y a fortalecer su red social.
Clarke, Clarke & Jagger (1992)	Visitas domiciliarias dirigidas a ofrecer servicios.
De Leo, Carollo & Buono (1995)	Sistema de alarma y seguimiento telefónico.
Florio et al. (1996)	Programa de portería.
Florio, Jensen, Hendryx, Raschko & Mathieson (1998)	Portero en relación con otros tipos de referentes.
Fokkema & Knipscheer (2007)	Entrenamiento a través de internet.
Hall et al. (1992)	Visitas domiciliarias dirigidas a resolver problemas.
Heller, Thompson, Trueba, Hogg & Vlachos-Weber (1991)	Comunicaciones telefónicas para fortalecer el apoyo social del mayor.
McEwan, Davison, Forster, Pearson & Stirling (1990)	Visitas domiciliarias dirigidas a evaluar la situación del mayor.
MacIntyre et al. (1999)	Visitas domiciliarias para realización de actividades.
Morrow-Howell, Becker-Kemppainen & Lee (1998)	Visitas domiciliarias dirigidas a realizar terapia de apoyo. Comunicaciones telefónicas para fortalecer el apoyo social del mayor.
Mulligan & Bennett (1978)	Visitas domiciliarias dirigidas a fortalecer el apoyo social del mayor.
O'Loughlin et al. (1989)	Visitas domiciliarias para dar información sobre recursos médicos y comunitarios.
Rook & Sorkin (2003)	Actividad social.
Schulz (1976)	Visitas domiciliarias en residencias.
Slegers, Van Boxtel & Jolles (2008)	Entrenamiento a través de internet.
Sorensen, Sivertsen, Schroll & Gjorup (1982)	Visitas domiciliarias de screening o detección
Sorensen & Sivertsen (1988)	Visitas domiciliarias de screening o detección
Toseland & Smith (1990)	Apoyo y consejo al cuidador en su domicilio.
Van Rossum et al. (1993)	Visitas domiciliarias dirigidas a informar y aconsejar a la persona mayor.

Tabla 2.6. Características de las intervenciones de coordinación de servicios con personas mayores aisladas (a partir de Cattán & White, 1998; Findlay, 2003; Cattán, White, Bond & Learmouth, 2005; y Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011).

Autor /es	Intervención
Bergman-Evans (2004)	Provisión de servicios.
Buys (2001)	Residentes en un pueblo de retiro
LaVeist, Sellers, Brown & Nickerson (1997)	Apoyo para el uso de servicios comunitarios
Robertson (1970)	Coordinación del transporte Trabajo de grupo
Pynoos, Hade-Kaplan & Fleisher (1984)	Actividades sociales Búsqueda activa Acercamiento a los servicios
Sorensen & Sivertsen (1988)	Coordinación de servicios
Tesh-Römer (1997)	Ayudas para discapacidad auditiva

A continuación, se presentan las principales conclusiones acerca de la efectividad encontrada de cada una de las líneas de intervención reflejadas en las tablas anteriores.

GRUPO 1: Intervenciones grupales.

- Intervenciones grupales con un componente educativo: Las intervenciones más efectivas resultaron ser las comunitarias, que combinaban componentes de educación para la salud, actividades psicosociales y sesiones de ejercicio físico.
- Intervenciones grupales de apoyo y autoayuda: Este tipo de intervenciones han mostrado ser efectivas para mejorar los niveles de salud, reducir la soledad, aumentar la actividad social de los participantes, y en general, encuentran que las personas mayores tras participar en el grupo adquieren una mayor sensación de control sobre las actividades que realizan. Por otro lado, estas intervenciones han demostrado ser efectivas para reducir los niveles de depresión y duelo (Constantino, 1988). Rosen y Rosen (1982) encuentran que si bien estas intervenciones reducen la soledad y aumentan la actividad social de los participantes, no eran efectivas a la hora de reducir el aislamiento social entre las personas mayores con problemas de salud mental.

GRUPO 2: Intervenciones individuales. La mayor parte de estas intervenciones no fueron capaces de demostrar un efecto significativo a la hora de reducir el aislamiento social y la soledad.

- Las intervenciones con visitas domiciliarias realizadas por personal sanitario resultaron ser efectivas a la hora de reducir la soledad entre los mayores.
- En el estudio de Schulz (1976) se vio que aquellos mayores que tenían cierto control sobre la intervención en cuanto a que iba a producirse una visita y la frecuencia y duración de la misma, aumentaron su nivel de actividad y el tiempo que le dedicaban y planificaron más actividades para la semana siguiente.
- Recibir terapia a nivel individual y participar también de sesiones grupales (Drentea, Clay, Roth & Mittelman, 2006) conseguía que aumentara la satisfacción con el apoyo social de los participantes.
- Las visitas domiciliarias o contactos telefónicos dirigidos a resolver problemas y facilitar apoyo social no han probado su efectividad para reducir el aislamiento social y la soledad.

GRUPO 3: Intervenciones de coordinación de servicios. La coordinación de servicios parece apuntar en la dirección de una mayor eficacia cuando los servicios están coordinados y la atención es continua mediante la figura de un coordinador de caso y una mejor gestión de caso.

En resumen, esta revisión acerca de la efectividad de las intervenciones dirigidas a prevenir el aislamiento social y la soledad, evidencia que únicamente una pequeña parte de estas intervenciones son efectivas. Para Dickens, Richards, Greaves & Campbell (2011), apenas existe evidencia científica disponible que apoye la creencia de que las intervenciones pueden contrarrestar el aislamiento social y sus efectos adversos en las personas mayores.

No obstante, pueden extraerse algunas conclusiones positivas y líneas de actuación para el avance en el estudio de las intervenciones en aislamiento social para personas mayores (Cattan & White, 1998; Findlay, 2003; Cattan, White, Bond & Learchmouth, 2005; y Dickens, Richards, Greaves & Campbell, 2011):

1. Las intervenciones que han demostrado alguna efectividad son aquellas que engloban algún componente educativo y actividades sociales o de grupo; y si van dirigidas a un grupo poblacional concreto (por ejemplo, viudos, mujeres, etc). Esto parece querer indicar que no es suficiente con acudir al domicilio de la persona o englobarle en algún grupo sino que es preciso especificar y ajustar las actividades de intervención a las necesidades de la persona en cada caso.
2. A la hora de prevenir el aislamiento social está clara la efectividad de este tipo de actividades grupales desde los centros de mayores comunitarios. En cambio, cuando se piensa en la intervención con personas en aislamiento social, que difícilmente acuden a un centro de mayores de manera voluntaria, hay que resaltar las intervenciones más individualizadas, con un abordaje domiciliario por parte de un profesional, con el objetivo de evaluar la salud y necesidades de la persona mayor en aislamiento social y servir de enganche entre la persona mayor y la red de recursos socio-sanitarios normalizada.
3. Las intervenciones son más efectivas si incluyen más de una metodología. En este mismo sentido, los procesos de búsqueda activa no resultan suficientes como único elemento de la intervención pero pueden ser muy útiles si se unen a estrategias de enganche e intervención.
4. La intervención será más eficaz si la evaluación se ajusta a la intervención e incluye una evaluación del proceso.
5. Realizar una selección, entrenamiento y apoyo de alta calidad para los facilitadores y coordinadores de las intervenciones es uno de los factores más importantes que sustentan las intervenciones exitosas.
6. Las intervenciones tienen mayor probabilidad de éxito si se involucra a la persona mayor en todos los pasos, desde la planificación, implementación y evaluación de la intervención.
7. Las intervenciones tienen mayor probabilidad de éxito si utilizan recursos comunitarios y dotan de herramientas y capacidad de ayuda a la propia comunidad.
8. Es de gran importancia la evaluación de las intervenciones y la difusión de los resultados de las investigaciones llevadas a cabo para avanzar en el conocimiento y poder planificar sobre esta base nuevas intervenciones para combatir el aislamiento social.

2.3.2. Programas de investigación-acción.

De forma complementaria a los estudios anteriores, se encuentran algunos trabajos europeos organizados en torno a proyectos de investigación-acción llevados a cabo en los últimos años y en los que han participado ciudades y grupos de trabajo de nuestro país. A continuación, se exponen algunos ejemplos, siendo especialmente relevante el hecho de que en cuatro de ellos están implicadas ciudades españolas: Barcelona (Proyecto Buen Vecino; el programa *Baixem al Carrer* (Bajemos a la Calle); y *Vincles BCN* (Vínculos BCN)), y Madrid (Proyecto Vivir en Salud y Dignidad en la Calle). Se presenta un cuarto ejemplo llevado a cabo en Francia con el proyecto *Voisin-Age*, de reciente instauración en la ciudad de Madrid.

2.3.2.1. Proyecto Europeo Buen Vecino.

El Proyecto de Buena Vecindad o del Buen Vecino estuvo liderado por el Ayuntamiento de Barcelona (2002) y colaboraron en él los ayuntamientos de Rotterdam, Milán, Lyon y la *Birmingham Agewell Initiative*. En España, también participó la Red Europea Social (REDS), organización no gubernamental de apoyo a las personas mayores.

Siguiendo las propias conclusiones del Proyecto (Ayuntamiento de Barcelona, 2002), se ha logrado experimentar un nuevo modelo de apoyo a las personas mayores que viven solas, articulado a partir de la solidaridad del vecindario con la población mayor. Para ello, en primer lugar se elaboró un informe sobre indicadores de exclusión social de la gente mayor que vive sola en Europa, se identificaron las necesidades susceptibles de ser apoyadas por el vecindario, se diseñó un modelo de intervención que, posteriormente fue aplicado y validado en un barrio de Barcelona y, finalmente, se sistematizó el modelo, incluyendo aspectos mejorados a partir de la validación.

A continuación se destacan las principales conclusiones:

1. En todas las ciudades se identifica un perfil común de persona mayor más propensa a sufrir la exclusión social. Este perfil responde a las características siguientes:
 - Es una mujer
 - Vive sola

- Tiene problemas de autonomía
- Escasos ingresos económicos
- Poca movilidad
- Muy poca o ninguna red relacional o familiar

Evidentemente, estas características generales están sujetas a las circunstancias individuales de cada persona y cada situación vital y social.

2. Existen diferencias sustanciales en relación al desarrollo y grado de cobertura de los servicios sociales de apoyo a los colectivos con mayor riesgo de exclusión social como es el caso de las personas mayores.
3. Algunas de las líneas de actuación comunes identificadas en las distintas ciudades, van encaminadas a desarrollar más los servicios de atención domiciliaria para permitir que las personas mayores permanezcan en sus domicilios particulares y poder mantener así un mayor nivel de independencia o autonomía personal.
4. La asimetría en el grado de desarrollo de los servicios sociales de las distintas ciudades hace que desde la óptica de las administraciones locales se identifiquen distintas prioridades en los procedimientos necesarios para combatir la exclusión social, o que incluso se difiera en la identificación de las causas de esa exclusión.
5. Es precisamente en este marco de necesidades más subjetivas donde se ubica el proyecto que incide en potenciar las actitudes solidarias y de convivencia en una sociedad caracterizada por un creciente individualismo.
6. El modelo de intervención de la Buena Vecindad se basa en potenciar las actitudes solidarias y de cooperación e intercambio en el marco de las redes vecinales que ya existen, y que son una realidad en algunas ciudades como es el caso de Barcelona. Una vez detectada la red de apoyo vecinal, el estudio concluyó que se conseguía fortalecer dicha red a través de la campaña de sensibilización del proyecto Buena vecindad. Asimismo, se extrajo un perfil del buen vecino, siendo estos mayoritariamente mujeres de entre 50 y 65 años, que por norma general viven solas, siendo la mayoría viudas, solteras o separadas. Se comprobó que un 30% formaban parte de alguna asociación o entidad. Asimismo, también se constató que la mayor parte de estos buenos vecinos realizaban las tareas identificadas en el modelo además de otras acciones de apoyo innovadoras como vigilar que la puerta del mayor quedara bien cerrada por la noche, instalación de

timbres internos entre dos pisos del mismo edificio para poder alertar al vecino de cualquier situación de emergencia...

7. Las realidades sociales, urbanas y culturales de las ciudades son diferentes y por ello los proyectos de intervención social como el de la Buena Vecindad, pueden ser aplicados en una ciudad pero probablemente no podrán ser aplicados exactamente igual en otras.

Para la planificación de servicios con personas mayores que viven en situación de aislamiento social pueden resultar de gran utilidad las estrategias de activación vecinal, de búsqueda, contacto y enganche puestas en marcha en el mismo y de implicación de los agentes sociales en la intervención comunitaria.

2.3.2.2. Proyecto *Baixem al Carrer* (Bajemos a la Calle).

Durante los años 2009-2011, en la ciudad de Barcelona, se llevó a cabo una intervención comunitaria para reducir el aislamiento de las personas mayores debido a barreras arquitectónicas (Díez et al., 2014).

La intervención consistió en salidas semanales o quincenales con personas voluntarias coordinadas por personal técnico que organizaba una red de acompañantes. Se utilizaron las siguientes ayudas técnicas: silla-oruga motorizada que remonta escaleras y sillas de ruedas. El proyecto se vinculó a los programas de mayores existentes en los distritos de forma que se facilitara la participación en actividades y recursos cercanos. Las personas en aislamiento se buscaban a través de la atención primaria de salud, los Servicios Sociales y otros agentes.

Se tomaron datos de salud autoinformada, salud mental y calidad de vida. Tras la intervención mediante el acompañamiento de voluntarios y el acceso a la calle con ayudas técnicas, se observaron mejoras tanto en salud percibida como en la salud mental de los participantes, en concreto en los niveles de ansiedad y depresión.

2.3.2.3. Proyecto *Vincles* BCN (Vínculos BCN).

El Ayuntamiento de Barcelona está poniendo en marcha este mismo año 2015 el proyecto *Vincles* BCN (Vínculos BCN). Se trata de un proyecto que busca dar atención a las personas mayores que se sienten solas, mediante una red social de apoyo a la que se accede por medio de una tableta táctil. Esta red incluye a la familia, a los amigos y a todas las personas que trabajan en los Servicios Sociales y de Salud.

En esta plataforma digital participa una red de cuidadores y profesionales, así como los familiares y personas del círculo íntimo de la persona mayor. De esta manera, combina el afecto y atención de familiares, amistades y vecindario con la posibilidad de contactar con personas profesionales para hacer consultas sobre salud y servicios sociales. Todos los integrantes de esta red de apoyo pueden responder a las necesidades y alertas de la persona usuaria y comunicarse entre ellos.

El perfil del usuario de este proyecto es el siguiente:

- Personas de más de 75 años.
- Personas de más de 65 años que viven solas.
- Personas que se sienten solas y son derivadas por profesionales del ámbito social o de salud.
- Personas con dependencia.
- Personas con enfermedades crónicas.

Los objetivos que persigue este proyecto son los siguientes:

1. Lograr que las personas que sufren aislamiento se sientan más acompañadas y seguras a través de una red social, lo que mejorará su salud y calidad de vida.
2. Conseguir que los familiares, las amistades y la comunidad encuentren una manera flexible de contribuir a la atención de las personas que lo necesitan, dentro de sus limitaciones de tiempo y distancia.
3. Lograr que las personas profesionales rebajen su presión y la carga que soportan, a la vez que mejoran la prestación de sus servicios.
4. Hacer que Barcelona se vuelva una ciudad más cohesionada socialmente, ya que se reduce el riesgo de aislamiento de las personas que la habitan.

De este proyecto todavía no hay resultados publicados disponibles.

2.3.2.4. Proyecto *Voisin-Age*.

El proyecto *Voisin-Age* (juego de palabras entre la palabra francesa *voisinage*, vecindario, y la palabra *age*, edad) surge en París, en el año 2010, a través de la organización Les petits frères des Pauvres.

El objetivo de este proyecto es vincular a las personas mayores con sus vecinos, haciendo hincapié en la proximidad, la afinidad y los intercambios recíprocos, sin un compromiso en cuanto al tiempo de dedicación. Se trata de que cada uno haga lo que pueda y lo que desee hacer, por ejemplo, recibir un paquete, regar las plantas o recoger el correo durante las vacaciones. A través de la comunidad web Voisin-age.fr, cualquier persona puede conocer a las personas mayores de su vecindario y establecer con ellos una relación de ayuda (visitas, llamadas telefónicas, encuentros, etc).

Se trata de un proyecto solidario que está presente en varias ciudades francesas (París, Rueil-Malmaison, Sello, Nanterre, St-Quentin, Nantes, Toulon, Niza, Grenoble y Limonest) y que se está extendiendo gradualmente a otras ciudades y pueblos, entre ellas la ciudad de Madrid donde ya está en marcha, desde la primavera de 2015, la iniciativa Grandes Vecinos, dentro de la organización Amigos de los Mayores.

Como puede apreciarse, son varias las iniciativas que introducen la figura del vecino y del voluntario en su lucha contra el aislamiento social en personas mayores.

2.3.2.5. Programa Europeo Salud y Dignidad en la Calle (To live in Health and Dignity in the Streets)

Por último, merece la pena comentar el proyecto europeo Vivir con Salud y Dignidad en la Calle que se realizó durante los años 2000 y 2001 (Craig, Leonori, Muñoz & Brandt, 2001; Leonori et al., 2000) y que tenía como objetivo el análisis del funcionamiento de 60 programas de intervención con personas víctimas de exclusión social extrema considerados como “buenas prácticas” por grupos de expertos en 10 ciudades europeas, (Madrid, Roma, Atenas, Berlín, París, Londres, Copenhague, Lisboa, Helsinki y Bruselas). Sus principales resultados vinieron a poner de manifiesto dos grupos de conclusiones muy relevantes para el trabajo con personas que sufren procesos de exclusión social de gran intensidad.

En primer lugar, el análisis del funcionamiento de algunos de los mejores servicios europeos en este ámbito puso de manifiesto la existencia de barreras en el acceso a los mismos. Barreras que provienen de distintos agentes como son:

- Barreras prevenientes del aislamiento social en sí mismo.
- Barreras provenientes de la pobreza.
- Barreras provenientes de los trastornos de salud mental que pueden sufrir estas personas (demencias, esquizofrenia, etc.).
- Barreras identificadas en los servicios de atención generales e incluso en los especializados. Barreras que parecen tener una relación directa con un sistema fragmentado de cuidados, la falta de integración de servicios sociales y de salud y la escasa comunicación entre recursos y profesionales (por ejemplo, derivaciones continuadas).

Todo ello hace ver la necesidad de que un recurso de atención a las personas que viven procesos de exclusión o aislamiento severo debe integrar estrategias de búsqueda activa (*outreach*) y de seguimiento de caso que consigan romper las barreras de acceso y ayuden a organizar la necesaria continuidad de cuidados en una red fragmentada.

Un segundo grupo de conclusiones se refiere a un decálogo de características a cumplir por los servicios de atención a las personas en exclusión social. Las 10 características señaladas fueron:

- Intervención individualizada e integral: trato personalizado y adecuación de los recursos a las necesidades específicas de las personas y no a la inversa
- Flexibilidad en la atención
- Acompañamiento
- Defensa activa de derechos
- Implicación de la persona en su propio proceso de integración
- Respeto por la persona, evitar la sobreprotección y actitud paternalista
- Proteger la estructura familiar
- Respetar privacidad e intimidad
- Evitar las normas excesivas, favorecer el que la persona mantenga el control sobre su vida y evitar la institucionalización
- Actuar sobre la sociedad que excluye.

Como puede verse, son factores todos ellos que deberán ser tenidos en cuenta en el diseño de cualquier posible servicio de atención a personas mayores en situaciones de aislamiento social extremo.

Capítulo 3

Personas mayores de 65 años: el caso concreto de la ciudad de Madrid.

Tal y como se ha mencionado en apartados anteriores, en España hay más de 8 millones de personas mayores de 65 años, es decir, más de un 17% de la población total (Instituto Nacional de Estadística - Censo de Población y Vivienda, 2011). De estos, 1.709.185 (21,06%) viven solos. En cuanto a Madrid, las cifras indican que son 218.270 las personas mayores de 65 años que viven solas (Instituto Nacional de Estadística - Censo de Población y Viviendas, 2011), es decir, un 22,07% de la población mayor de la Comunidad. A nivel municipal, en la ciudad de Madrid, 156.330 personas mayores de 65 años viven solas, un 25,05% de la población mayor madrileña. Sin embargo, el hecho de vivir solos no implica necesariamente que no gocen de una buena calidad de vida o que no se encuentren integrados en la sociedad.

No obstante, en algunos casos se produce una suma de factores de riesgo, como son la fragilidad, la dependencia funcional, la situación socio-familiar deficitaria, la presencia de problemas de salud, posibles alteraciones del comportamiento y el rechazo sistemático a las ayudas sociales y sanitarias, que, asociados a la soledad, puede llegar a definir un grupo de alto riesgo social y sanitario, al que se puede denominar en situación de aislamiento social, haciendo necesario disponer de un sistema de detección, valoración e intervención específico al efecto.

Cabe preguntarse, por un lado, si los recursos sociales existentes en la ciudad de Madrid pueden dar respuesta a la necesidad de intervención del grupo en aislamiento social y, por otro, si existe algún recurso específico para esta población. Los siguientes apartados tratan de dar respuesta a estos interrogantes.

3.1. Descripción de los recursos sociales existentes en la ciudad de Madrid

En el período de toma de datos de esta tesis (Junio 2006-Mayo 2010), los recursos sociales disponibles en el Ayuntamiento de Madrid, dirigidos a las personas mayores de 65 años que viven en sus casas eran los siguientes (Memoria Dirección General de Mayores, 2009):

- Auxiliar domiciliario.
 - Atención en el propio domicilio prestada por auxiliares domiciliarios: cuidado personal, limpieza básica del hogar, compra, aseo, ayuda para movilizarse, preparación de la comida, etc.
 - Destinado a personas mayores, a partir de 60 años, según el grado de autonomía.
- Teleasistencia.
 - Se trata de un recurso de ayuda y atención telefónica permanente cuyas actuaciones pueden ser: movilización de los recursos necesarios en caso de urgencia médica y/o emergencias sociales, compañía y conversación, recordatorio de urgencias médicas, información de los recursos de su zona...
 - El objetivo es la atención rápida a la persona mayor que viva sola o en situación de riesgo social en su domicilio, ante cualquier problema que surja en las 24 horas del día, mediante un pulsador.
 - Destinado a personas mayores de 65 años, especialmente aquéllas de más de 80 años y/o que viven solas.
- Comidas a domicilio.
 - El Servicio realiza la distribución de raciones alimenticias equilibradas.
 - Destinado a personas mayores que viven solas o con una persona dependiente, que presenten bien dependencia en la preparación de comidas, dificultad en el control de riesgos de accidentes, necesidades nutricionales difíciles de garantizar sin este servicio o estado de la vivienda inadecuado para la preparación de comidas.

- Ayudas técnicas de atención a la dependencia.
 - o Camas articuladas, grúas, colchones antiescaras, etc.
- Servicio de lavandería municipal.
 - o Prestación de recogida, lavado, planchado y entrega en el domicilio de ropa de hogar y personal.
 - o Dirigido a personas mayores de 65 años que presentan un estado físico o psíquico que les impide o dificulta seriamente la realización de tareas de lavado, secado y planchado de ropa y/o carecen de la posibilidad de realizar dichas tareas en su domicilio por las condiciones que éste presenta.
- Adaptaciones geriátricas.
 - o Adaptaciones funcionales en el domicilio y utilización de productos de apoyo (modificaciones en baño, cocina, etc).
- Centros de Día.
 - o Se trata de centros especializados en atender, bien a mayores válidos con alguna dependencia funcional, bien aquejados de algún tipo de deterioro cognitivo (enfermedad de Alzheimer y otras demencias).
 - o Ofrecen sus servicios en horario diurno, incluyendo atención socio-sanitaria, servicio de comedor, fisioterapia, rehabilitación, terapia ocupacional y psicoterapia.
 - o Destinado a personas mayores de 60 años, según el grado de autonomía. Menores de 60 años en el caso de enfermos de Alzheimer de inicio precoz.
- Fisioterapia preventiva y de mantenimiento.
 - o Ofrece a las personas mayores la posibilidad de mejorar la capacidad funcional evitando el posible deterioro, a través de actividades de fisioterapia y rehabilitación. Estas actividades se dirigen a prevenir posibles pérdidas de autonomía personal o, llegado el caso, a compensar dichas pérdidas.
 - o Se lleva a cabo en los Centros Municipales de Mayores y en los Centros de Día Municipales
 - o Destinado a personas mayores de 60 años afectados por algún deterioro físico o patología invalidante que aconseje atención fisioterapéutica.

- Centros Municipales de Mayores.
 - Son lugares de encuentro para personas mayores que comparten unas circunstancias de vida similares.
 - Su objetivo es fomentar el desarrollo personal, organizando diversas actividades: charlas, conferencias, torneos de cartas, dominó o ajedrez, excursiones y visitas culturales, talleres artísticos, actividad física, etc.
 - Destinado a personas mayores de 65 años o pensionistas de 60 años en adelante.
- Programas de ejercicio saludable.
 - Se trata de programas y servicios, que se dan en instalaciones deportivas municipales, pensados específicamente para las personas mayores, tales como: gimnasia, y actividad física acuática en clases normalizadas, además del uso libre de las instalaciones
 - Destinado a personas mayores de 65 años cuya condición física y estado de salud les permita la práctica de la actividad o ejercicio de que se trate.
- Cauces de Participación.
 - Posibilitan que los mayores puedan aportar sus opiniones en las decisiones que deben tomarse para que Madrid sea una ciudad para todas las edades.
 - Algunos de los más significativos son: el Consejo Sectorial de las personas mayores de la Ciudad de Madrid y el Apoyo a la Iniciativa Social.
 - Destinado a todas las personas mayores.
- Voluntariado. En sus dos vertientes:
 - Voluntariado social. Las personas mayores que deseen prestar servicios de voluntariado pueden hacerlo a través de la Escuela Municipal de Voluntariado y la Fundación Voluntarios por Madrid.
 - Subvenciones y convenios con ONG's de voluntariado y otras entidades sin ánimo de lucro que trabajan para mejorar el bienestar de las personas mayores.
- Programa Cuidar al Cuidador.
 - Ofrece sesiones grupales de apoyo psicoterapéutico para familiares y cuidadores principales de personas mayores dependientes.

- Está dirigido a aquellas personas, familiares directos o no, cuya principal ocupación diaria consiste en el cuidado de una persona mayor dependiente.
- Programa de Convivencia Intergeneracional Vive y Convive.
 - Se trata de un programa de convivencia en el que una persona mayor y un/a estudiante universitario/a comparten la vivienda y las tareas de la vida cotidiana.
 - Destinado a personas mayores de 65 años, válidas, con una vivienda que tenga condiciones suficientes para poder acoger al estudiante que la compartirá.
- Respiro familiar fin de semana.
 - Ofrece atención socio-sanitaria especializada en Centros de Día para mayores dependientes durante los fines de semana (de 10h a 18h cada sábado y domingo), para proporcionar descanso a las familias.
 - Está dirigido a familias que durante el resto de la semana atienden a personas mayores dependientes, así como otras familias de mayores dependientes que, de manera puntual, necesitan un descanso.
- Programa de Detección e Intervención a Ancianos Frágiles con alto riesgo de Aislamiento Social (abordado en profundidad en el apartado 3.2.).
 - Su objetivo es evitar las situaciones de aislamiento mediante un programa de detección, valoración y seguimiento de ancianos en alto riesgo de aislamiento y aislados socialmente, para poder iniciar las oportunas medidas de protección social.
- Coordinación sociosanitaria.
 - Establece un sistema de coordinación entre los servicios sociales municipales y los sanitarios del Servicio Madrileño de Salud para garantizar una mejor atención social y sanitaria a las personas mayores de las Áreas Sanitarias 1, 2, 4, 5, 6, 7 y 11 del municipio de Madrid.
 - Destinado a personas mayores de 75 años

Los recursos existentes en el Ayuntamiento de Madrid dirigidos a las personas mayores que no pueden vivir solos en sus casas son:

- Apartamentos municipales para mayores y pisos supervisados.
 - o Los apartamentos municipales para mayores brindan una alternativa residencial a los mayores del municipio que no dispongan de alojamiento adecuado donde poder vivir. Puede solicitarse individualmente o para parejas.
 - o Destinado a personas mayores de 65 años, con autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, que carezcan de alojamiento estable o adecuado, que no precisen de atención médica u hospitalaria permanente y continuada, que tengan medios económicos suficientes para satisfacer el pago mensual establecido y que acepten ser ingresados en residencia cuando sus condiciones físicas o mentales lo requieran (salvo que sus familiares se hagan cargo de ellos).
- Centros Residenciales.
 - o Plazas concertadas en residencias. El Ayuntamiento de Madrid dispone por Convenio de plazas residenciales para atender a una franja de población entre 60 y 65 años de edad totalmente desarraigada, sin relaciones familiares, y sin vivienda, además de disponer de escasos recursos económicos
 - o Destinado a personas mayores de 65 años, o de 60 en caso de autonomía personal muy reducida.

Como puede observarse, a pesar del alto número de recursos existentes en la ciudad de Madrid, son muy limitados los que pudieran hacer frente al grupo de población de personas mayores en aislamiento social. De hecho, solamente los programas de asistencia domiciliaria y de detección de mayores aislados podrían servir como punto de partida de una nueva iniciativa de intervención para el grupo en aislamiento social.

Y como tal punto de partida, merece la pena ahondar en este Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social, desarrollado en el punto siguiente 3.2.

3.2. Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, existe en Madrid un grupo de población en el que se unen factores de vulnerabilidad y fragilidad junto con un rechazo sistemático a las ayudas sociales y sanitarias, lo que lo convierte en un grupo de alto riesgo social y sanitario, que hace necesario disponer de un sistema de detección, valoración e intervención específico al efecto.

Este hecho, sumado a la existencia de personas mayores que fallecen solas en su domicilio, fueron los factores determinantes para que la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid pusiera en marcha en el año 2004 el Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social y aún activo en el momento actual.

La población diana de este Programa de Detección son los mayores de 65 años residentes en el municipio de Madrid. En un marco más realista, se trabaja con los colectivos en riesgo: los mayores atendidos por los servicios municipales de emergencias, y los mayores que viven solos y tiene escasos apoyos.

El objetivo general de este Programa de Detección es evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, así como las emergencias y los fallecimientos en riesgo de aislamiento social o en abandono. Los objetivos específicos son:

- Poner en marcha un sistema de detección, valoración y seguimiento de ancianos en alto riesgo de aislamiento y aislados socialmente.
- Diseñar un protocolo de actuación ante distintos niveles de necesidad.
- Crear un sistema de coordinación de recursos hasta conseguir un trabajo en red, con implicación de servicios sociales y sanitarios, así como de la familia, el voluntariado y otros agentes sociales.
- Establecer un sistema de registro que permita la observación continua del fenómeno a nivel poblacional.
- Sensibilizar a los profesionales y la población en general sobre la importancia del aislamiento social.

- Capacitar a los trabajadores municipales para el abordaje individual de situaciones de aislamiento social.
- Adquirir un mayor conocimiento sobre el aislamiento social y las circunstancias de los fallecimientos en soledad de las personas mayores.

Por lo tanto, se pretende tanto detectar la población en riesgo, establecer el perfil de ancianos frágiles y el perfil de los fallecidos, como poner en marcha todos los recursos institucionales necesarios que eviten situaciones de aislamiento y de riesgo social, realizando la intervención más adecuada a la necesidad identificada en cada caso y haciendo el seguimiento de los casos.

Dada la complejidad del problema, este Programa de Detección fue diseñado para ser ejecutado por múltiples agentes sociales, tanto formales como informales, trabajando con un mismo objetivo. Entre estos agentes implicados se encuentran los siguientes:

- Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.
- Dirección General de Seguridad. Ayuntamiento de Madrid.
- Registro Civil. Ministerio de Justicia.
- Padrón Municipal.
- Departamentos de Servicios a la Ciudadanía de los 21 distritos municipales. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid.
- Voluntariado.

Se contemplan diversas actuaciones y actividades en los ámbitos de:

1. La detección: Búsqueda de colectivos vulnerables.
2. La intervención: Es diferente según la clasificación que la valoración del caso haya facilitado.
3. La sensibilización: Es preciso hacer llegar a los profesionales y la población general con el mensaje de que el aislamiento social puede prevenirse y que es tarea de todos evitarlo. Para ello, desde este Programa de Detección, se hace divulgación del problema y del programa en diferentes foros:
 - Jornadas profesionales y medios especializados.
 - Puntos de encuentro de mayores (Centros de mayores, Universidades de mayores, Asociaciones).
 - Asociaciones de voluntariado y escuela municipal.

- Foros diversos relacionados con los mayores.
 - Población general: medios de difusión.
4. La formación: El éxito de este Programa de Detección descansa en una adecuada detección y un correcto abordaje que debe realizarse desde cualquier punto de la red municipal, algo que sólo puede conseguirse si los profesionales están plenamente capacitados para ello.
 5. La investigación: Dada la complejidad del problema, se propone el estudio minucioso de todos los colectivos atendidos, estableciendo perfiles y grupos sensibles a la intervención.
 6. La monitorización: Mediante un sistema de registro en el que se reflejan los casos de fallecimiento y de emergencias, distribuidos temporal y geográficamente. Se registrarán así mismo los casos una vez clasificados:
 - En aislamiento social.
 - En situación de necesidad no cubierta.

Merece la pena detenerse en el aspecto de la intervención. Como se ha señalado anteriormente, la intervención es diferente según la clasificación que la valoración del caso haya facilitado. Desde este Programa de Detección, los profesionales implicados en la valoración del caso, determinan la intervención posible en función de la siguiente clasificación:

- Sin riesgo. No es preceptivo el inicio de ninguna intervención.
- Con escasos apoyos familiares o soledad. Se notifica la situación al distrito así como a una asociación de voluntariado para acompañamiento
- Con necesidades sociales o sociosanitarias no cubiertas abordables con los recursos habituales. Se notifica la situación al distrito y se propone su inclusión en protocolo de coordinación socio-sanitaria.
- Ancianos aislados socialmente. Se notifica la situación al distrito, no existiendo recursos específicos para la intervención.

De forma transversal, siempre que existan familiares directos, se comparten con ellos los hallazgos y se les implica en el proceso.

De esta manera, los recursos específicos que se ponen en marcha junto con la intervención habitual desde los Servicios Sociales de los distritos, son el voluntariado y el protocolo de coordinación socio-sanitaria, en casos de soledad y/o necesidad socio-

sanitaria no cubierta, no existiendo recursos específicos de intervención para el grupo clasificado como aislamiento social (ver figura 3.1.).

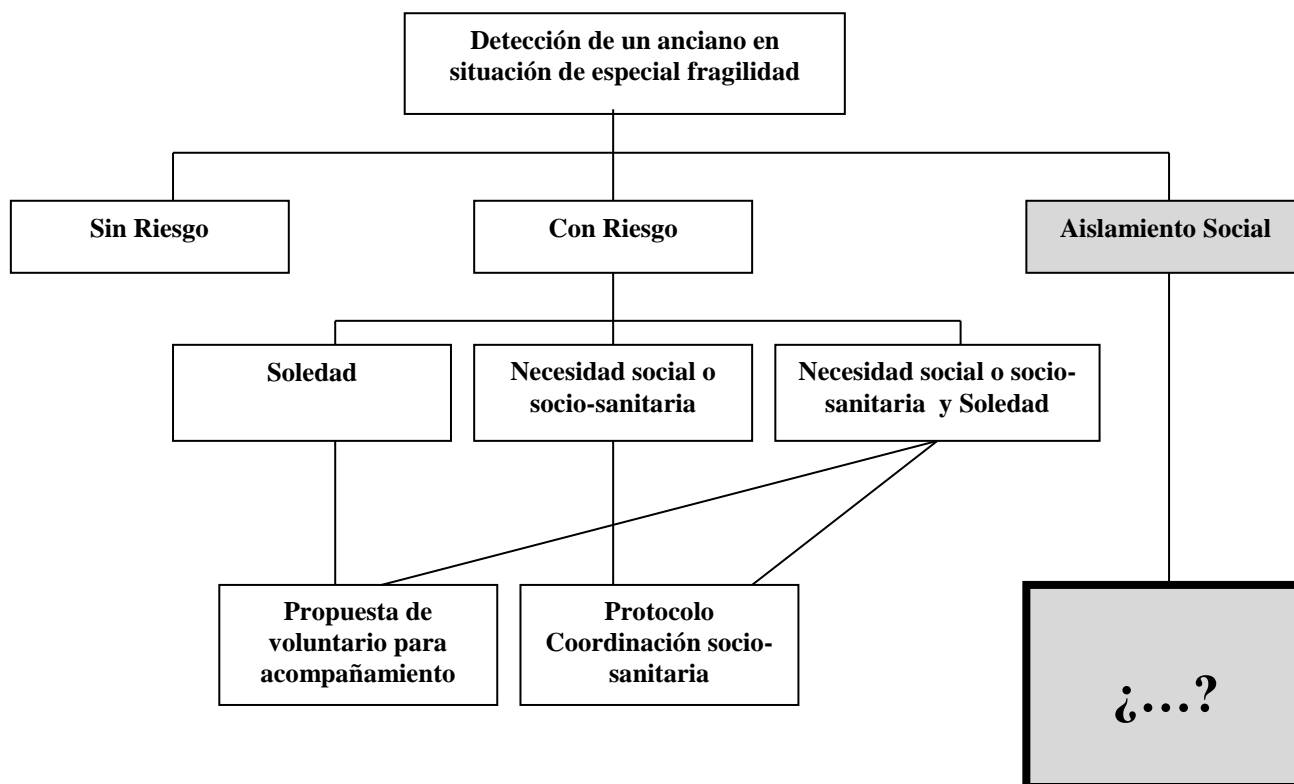


Figura 3.1. Esquema de detección e intervención desde el Programa de detección y seguimiento de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social.

3.3. Necesidad de un nuevo servicio de atención a las personas mayores en aislamiento social.

Desde el “Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social” de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, se ha detectado la existencia de un colectivo difícilmente abordable con las estrategias habituales. Se trata de aquellas personas mayores que rechazan sistemáticamente cualquier alternativa de ayuda que se les ofrece; desconfían de cualquier profesional que pretende un acercamiento sin el que la relación de ayuda se hace inviable; no acceden en modo alguno a la red normalizada de atención social y/o sanitaria, haciendo prácticamente imposible el contacto y la intervención. Este grupo de población no

puede identificarse con ningún trastorno concreto, sino que abarca una realidad más compleja e incluye problemas sociales y personales de un espectro muy amplio.

Dada la dificultad de enganche con estos mayores, así como la inexistencia de recursos de intervención específicos, desde la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, se planteó la necesidad de diseñar un nuevo tipo de recurso que incluyese estrategias de acercamiento e intervención útiles con esta población que vive en situación de aislamiento y exclusión social. El acercamiento efectivo a cada uno de los mayores identificados como frágiles en riesgo de aislamiento o exclusión social requiere la especialización de profesionales específicamente entrenados en el manejo de habilidades de enganche y comunicación, habilidades de evaluación e intervención sobre problemas de conducta y trastornos psicopatológicos y otras habilidades relacionadas con la exclusión social, como es el caso de los psicólogos.

De esta forma, se propone la creación de un servicio de atención psicológica que pueda poner en marcha una nueva estrategia de abordaje para intentar conducir la situación de aislamiento y exclusión social a la normalización, favoreciendo el enganche con la red de atención social y sanitaria normalizada (Servicios Sociales, Atención Primaria, Salud Mental, etc.).

Como resultado de todo lo anteriormente expuesto, surge el Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid (SAP), dentro del Convenio de Colaboración entre el Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía (actual Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales) y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Dicho Servicio forma parte del “Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social”, completando la intervención específica sobre la población en aislamiento social (ver figura 3.2.).

Este Servicio de Apoyo Psicológico es el objeto de estudio de la presente tesis, por lo que se describe de manera exhaustiva en los siguientes capítulos.

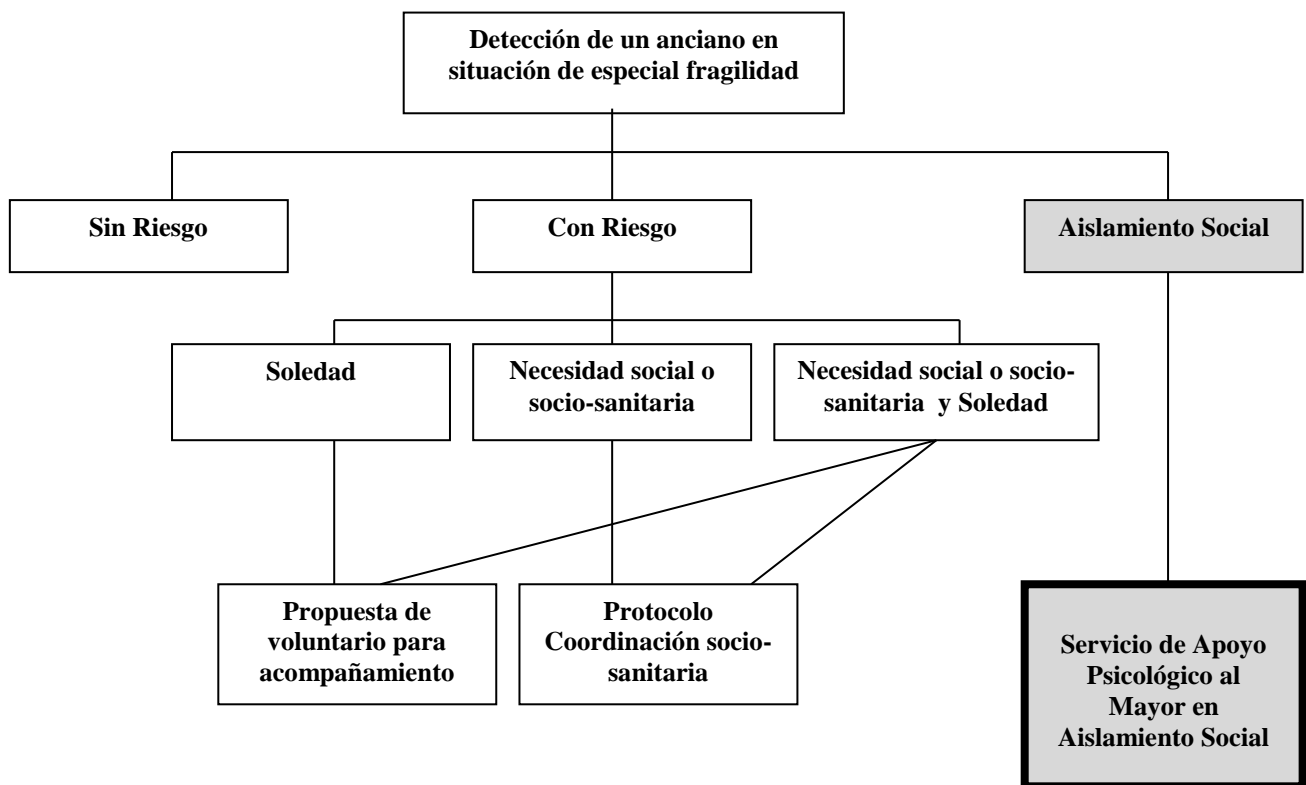


Figura 3.2. Esquema de detección e intervención desde el “Programa de detección y seguimiento de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social”, incluyendo el “Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid”.

Capítulo 4

Propuesta de un programa de intervención: Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en Madrid (SAP).

Una vez delimitadas las características y necesidad de atención de este grupo de población se procedió al diseño de un programa de intervención que pudiera integrarse en los servicios sociales municipales de atención a las personas mayores. En este capítulo se presenta el Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid (SAP) desarrollado para la asistencia a las personas mayores del municipio de Madrid que pudieran mantener un perfil de vulnerabilidad y/o aislamiento similar al descrito en los capítulos anteriores.

De esta forma, dentro del Convenio de Colaboración entre el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y con el objetivo de evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, así como las emergencias y los fallecimientos en riesgo de aislamiento social o en abandono, surge el Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid (SAP). Dicho Servicio está integrado por 2 psicólogas a tiempo completo que reciben el apoyo de las trabajadoras sociales de los centros de Servicios Sociales de la ciudad de Madrid. La coordinación del mismo se realiza desde el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, mientras que la responsabilidad del Servicio recae en la Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid.

4.1. Planificación y desarrollo del Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social (SAP)

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2005 y enero y febrero de 2006, se llevaron a cabo distintas actividades para la planificación, desarrollo y diseño del SAP.

El quipo responsable del diseño e implementación del SAP desde la Facultad de Psicología de la UCM, fue el formado por los profesores Manuel Muñoz López, Berta Ausín Benito y Ana Belén Santos-Olmo Sánchez.

A continuación se exponen en detalle cada una de las actividades realizadas.

4.1.1. Búsqueda documental

Se llevó a cabo una amplia búsqueda de información bibliográfica en distintas fuentes, intentando localizar proyectos de investigación o servicios en funcionamiento a nivel público o privado cuyo objeto de intervención fueran las personas mayores en situación de aislamiento social:

- Bases de datos: Medline y Psycinfo.
- Páginas oficiales en internet relacionadas con la investigación e intervención con personas mayores (Portal de Mayores y Observatorio de Mayores, página de la revista *Journal of Elder Abuse and Neglect...*)
- Otros proyectos de investigación-acción con personas mayores (Proyecto Europeo Buen Vecino, llevado a cabo en Barcelona en 2002)
- Otras fuentes de información: expertos nacionales e internacionales, catálogos de bibliotecas, noticias en prensa...

4.1.2. Estudio cualitativo.

Para diseñar este servicio se completó el análisis de necesidades cuantitativo con un acercamiento de corte más cualitativo que incluyó las siguientes actuaciones:

- Realización de grupos de trabajo (grupo de expertos):
 - Trabajadores sociales de los Servicios Sociales de distintos distritos (Ayuntamiento de Madrid)

- Responsables y trabajadores sociales de la Dirección General de Mayores y Atención Social (Ayuntamiento de Madrid).
- Responsables del grupo de mayores del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Realización de entrevistas en profundidad con equipos de trabajo que abordan problemáticas similares:
 - Contacto con el equipo británico del profesor Macdonald (Lewisham Hospital, Londres).
 - Contacto con la Sección de ingresos no voluntarios del SAMUR SOCIAL.
 - Contacto con el “Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social” de la Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid.
 - Contacto con los Equipos de Apoyo Sociocomunitario (EASC) de Salud Mental.
 - Contacto con el Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar (Servicio Madrileño de Salud).

En todos los casos se detectó la existencia de un colectivo difícilmente abordable con las estrategias habituales. Se trata de aquellas personas mayores que rechazan sistemáticamente cualquier alternativa de ayuda que se les ofrece; desconfían patológicamente de cualquier profesional que pretende un acercamiento sin el que la relación de ayuda se hace inviable; y no acceden en modo alguno a la red normalizada de atención, haciendo prácticamente imposible el contacto y la intervención. Este grupo de población abarca una realidad compleja e incluye problemas sociales y personales de un espectro muy amplio. Dada la dificultad de enganche con estos mayores, los distintos expertos consultados aconsejaban la necesidad de diseñar un nuevo tipo de recurso que incluyese estrategias de acercamiento e intervención útiles con esta población.

4.1.2.1. Grupo de expertos.

El día 15 de diciembre de 2005 se llevó a cabo una reunión entre miembros del equipo dirigido por el Dr. Manuel Muñoz López de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), técnicos de la Dirección General de Mayores y Atención Social del

Ayuntamiento de Madrid y de la sección de ingresos no voluntarios del SAMUR SOCIAL, junto con representantes de los Servicios Sociales de cinco distritos (Puente Vallecas, Chamberí, Centro, Carabanchel y Ciudad Lineal).

Los objetivos de esta reunión fueron los siguientes:

- Presentar al grupo de trabajadores expertos las bases y los objetivos del proyecto para el desarrollo del SAP, así como un primer esquema del proceso de evaluación e intervención provisional.
- Establecer el perfil concreto de la población a atender por el SAP.
- Implicar a los Servicios Sociales en el diseño del proceso de intervención del SAP desde sus primeras fases.
- Establecer la forma de coordinación entre el equipo de trabajo del propio Servicio, SAMUR SOCIAL y los Servicios Sociales.
- Recoger las necesidades, sugerencias y opiniones planteadas por el grupo de expertos.

Las conclusiones más relevantes de esta primera reunión con el grupo de expertos fueron las siguientes:

- Se presentó el proyecto del SAP, sus objetivos y un primer esquema del proceso de evaluación e intervención. El proyecto tuvo una buena aceptación, en general, por parte de los representantes del SAMUR SOCIAL y de los Servicios Sociales de los cinco distritos.
- Con vistas a delimitar la población diana del proyecto, se definieron dos grupos:
 - El grupo 1 estaría compuesto por aquellas personas que viven en una situación de aislamiento total, tienen necesidades sociosanitarias complejas, no tienen ningún recurso asignado ni aceptan mantener ningún tipo de contacto con los Servicios Sociales.
 - El grupo 2 estaría compuesto por aquellas personas que, a pesar de compartir con el grupo 1 las características de aislamiento y necesidades sociosanitarias, sí tienen recursos asignados y, aunque se muestran reacios, se mantiene contacto con ellos desde los Servicios Sociales.

- De esta forma, la población diana de este proyecto sería el grupo 1, mientras que el grupo 2 sería un grupo de riesgo compuesto por personas que potencialmente podrían pasar a formar parte del grupo 1.
- Se puso de manifiesto la necesidad de que el equipo de calle formado desde el propio Servicio tuviera contacto con los especialistas de la salud (física, psicológica y social) que fueran necesarios, de forma que pudiera encauzar a las personas detectadas hacia un dispositivo normalizado.
- Del mismo modo, uno de los puntos debatidos más importantes fue el de la necesidad de coordinación entre el equipo de calle del SAP y los trabajadores sociales de los centros de Servicios Sociales de los distritos.

De forma transversal, se mantuvieron coordinaciones frecuentes con los responsables del grupo de mayores del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

4.1.2.2. Contacto con equipos de trabajo que abordan problemáticas similares.

a) Contacto con el equipo británico del profesor Macdonald (Lewisham Hospital, Londres).

El día 11 de noviembre de 2005 se llevó a cabo una reunión entre miembros del equipo de la Universidad Complutense (UCM) y el profesor Alastair Macdonald, del Guy's King's and St Thomas's Medical School (Lewisham Hospital) de Londres.

Este equipo de investigación realizó un estudio comunitario (Halliday, Banerjee, Philpot & Macdonald, 2000), donde investigaban la relación entre vivir en condiciones de miseria y los trastornos físicos y mentales, así como la concordancia entre estas condiciones de miseria y el concepto de Síndrome de Diógenes. Uno de los aspectos más novedosos de dicho estudio es que, a diferencia de la mayoría que emplea una metodología exclusivamente cualitativa, ellos emplearon instrumentos estandarizados.

Los objetivos de la reunión con el profesor Macdonald fueron los siguientes:

- Tratar aspectos relacionados con la metodología y la evaluación.
- Comentar los resultados más importantes de su investigación.
- Recoger las iniciativas acerca de la intervención en esta población que se están llevando a cabo en Londres.

Las conclusiones más importantes de la reunión fueron las siguientes:

- Acerca de la metodología y la evaluación, cabe resaltar la gran importancia de utilizar una combinación de las metodologías cualitativa y cuantitativa, así como instrumentos estandarizados que aseguren la replicabilidad del estudio y la comparación entre distintas investigaciones.
- Entre los resultados más relevantes que se obtuvieron en este estudio, es importante el hecho de que se encontraron altas tasas de trastornos mentales, sobre todo, esquizofrenia, demencia, retraso mental y abuso de alcohol.
- Acerca de las líneas de intervención, la derivación a los servicios de salud física y mental y servicios sociales normalizados suele ser la opción de intervención más frecuente.

b) Contacto con la Sección de ingresos no voluntarios del SAMUR SOCIAL.

El día 15 de diciembre de 2005, en la reunión de expertos, acudieron miembros de la Sección de ingresos no voluntarios del SAMUR SOCIAL.

Desde ese primer encuentro, se llevaron a cabo múltiples contactos con vistas a desarrollar una coordinación y una comunicación estrechas con dicho servicio, una vez que éste se pusiera en marcha. Se valoró que dicha coordinación se refiriera, sobre todo, a aquellas personas atendidas dentro del SAP en las que el deterioro fuera tan grave e irreversible que se hiciera necesario solicitar a la Fiscalía de Mayores medidas de protección y custodia.

c) Contacto con el “Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social” de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

El día 27 de Enero de 2006 se llevó a cabo una reunión entre los miembros del equipo de la UCM y los componentes del “Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social” de la Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid.

Como ya se ha comentado en el Capítulo 3 de esta tesis, se trata de un programa que trabaja con los colectivos en riesgo, en concreto, los mayores atendidos por los

servicios municipales de emergencias, y los mayores que viven solos y tienen escasos apoyos. El objetivo general de este programa es el de evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, así como las emergencias y los fallecimientos en riesgo de aislamiento social o en abandono

En la reunión llevada a cabo con los miembros de este programa, se presentó al grupo de trabajadores expertos las bases y los objetivos del SAP. Asimismo, se llevó a cabo una primera revisión de los casos clasificados como “aislamiento” detectados por dicho programa hasta ese momento.

Uno de los objetivos más importantes que se consiguieron tras esta reunión fue la de conocer de una forma realista los casos y las situaciones más típicas relacionadas con el riesgo y el aislamiento social, de forma que se pudieran determinar unos criterios de inclusión o perfil de usuarios del SAP. Uno de los criterios clave que se acordaron como parte del perfil de usuarios del SAP tras esta reunión, y en base a la experiencia de este programa de detección, fue el del rechazo sistemático de ayudas tanto formales como informales.

d) Contacto con los Equipos de Apoyo Sociocomunitario (EASC) de Salud Mental.

Durante el mes de marzo de 2006, se llevaron a cabo varias reuniones con el Equipo de Apoyo Sociocomunitario de Vallecas con el objetivo de intercambiar información entre el SAP y el EASC, ya que ambos programas presentan aspectos comunes.

Los EASC son uno de los recursos que componen el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica, dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales que funcionan desde el año 2005. En el momento de la reunión, los equipos estaban compuestos por un psicólogo, un trabajador social y dos educadores que trabajan de manera coordinada y complementaria.

Los objetivos generales en la atención al usuario son:

- Detectar las necesidades y apoyarle en el propio domicilio y entorno.
- Promover el desarrollo de su autonomía personal, social y manejo comunitario en su entorno.

- Evitar situaciones de marginación y abandono.
- Fomentar y facilitar la utilización de diferentes recursos de su zona.
- Apoyar en la mejora de la convivencia familiar.
- Colaborar en el acompañamiento y apoyo para mejorar la vinculación a los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales.

Las aportaciones más relevantes de los EASC al SAP se refieren sobre todo a las estrategias de contacto y enganche con la persona, así como a la necesidad de elaborar un plan de atención individualizada adaptado a las necesidades de cada persona atendida.

e) Contacto con el Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar (Servicio Madrileño de Salud).

Durante el mes de diciembre de 2005, se llevaron a cabo distintos contactos vía correo electrónico con los miembros del Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar.

Se trata de un programa perteneciente al Servicio Madrileño de Salud junto con una parte del programa PRISEMI (Proyecto de rehabilitación e inserción de enfermos mentales crónicos sin hogar) de la Consejería de Familia y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, que se ocupa de la atención al colectivo de personas sin hogar de forma coordinada con los Servicios Sociales para personas sin hogar del municipio de Madrid.

En el momento de la reunión, los objetivos de este programa eran los siguientes:

- Mejorar la atención en salud mental de la población sin hogar.
- Realizar una evaluación y un diagnóstico.
- Llevar a cabo un tratamiento y seguimiento psiquiátrico de los enfermos que no están siendo atendidos en otros recursos de la red.
- Favorecer la integración y el enganche de los enfermos mentales en los recursos normalizados.
- Coordinar los recursos sanitarios y sociales precisos para la intervención.
- Apoyar la formación continuada de los profesionales que intervienen en el programa.

Se realiza el contacto y, en muchos de los casos, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, en la propia vía pública; sirviendo como puente para la atención posterior y continuación de la atención por parte de la red sanitaria.

Se revisó el diseño de este programa con el objetivo de examinar sus estrategias de contacto, enganche, evaluación e intervención perfeccionadas por su amplia experiencia en el ámbito de la exclusión social. Asimismo, se tuvieron en cuenta sus opiniones, aportaciones y sugerencias para el diseño del proceso de intervención del SAP.

4.1.3. Propuesta del Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid (SAP).

Como conclusión de las búsquedas bibliográficas y de las reuniones y distintos contactos mantenidos, se elaboró una propuesta de diseño del SAP. En dicha propuesta se trató de recoger todas las sugerencias aportadas por las distintas fuentes consultadas.

En los puntos siguientes, se exponen en detalle todos los aspectos y contenidos de la propuesta del Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid (SAP).

4.2. Objetivos

El objetivo general del SAP es lograr un acercamiento a las personas mayores frágiles con claro riesgo de aislamiento social que permita conducir esas situaciones a la normalización, asignando los recursos sociales oportunos en cada caso o, en último extremo, apoyando el internamiento involuntario y/o la incapacitación legal.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Realizar una labor de enganche (búsqueda activa) de las personas en aislamiento social, con el fin de que enganchen o se re-enganchen con la red socio-sanitaria.
2. Realizar una evaluación lo más exhaustiva posible, según los casos, que incluya datos de valoración de la salud, funcionamiento psicosocial, nivel de discapacidad y necesidades no cubiertas.
3. Realizar una labor de intervención, siempre en coordinación con los Servicios Sociales de los distritos, con el objetivo de la normalización de la situación de la

persona o, en último extremo, el apoyo al proceso de ingreso no voluntario y/o incapacitación legal.

4. Fortalecer la red social de la persona mayor en aislamiento, trabajando con potenciales agentes informales de apoyo en el proceso de contacto/enganche, evaluación e intervención.
5. Desestigmatizar a la persona en aislamiento, tanto en su entorno comunitario como en su contexto familiar.

4.3. Principios que guían el Servicio

Los principios que guían el Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid se refieren a aspectos de:

- Calidad.
- Búsqueda activa.
- Seguimiento de caso.
- Atención individual.
- Continuidad en la atención.

A continuación se describen de forma detallada.

4.3.1. Calidad.

La garantía de la atención social es un derecho de todos los ciudadanos y así lo señala la Constitución Española de 1978, en su Artículo 41, cuando afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.

Algunos ejemplos de leyes estatales y regionales que hacen referencia a la calidad son la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid; la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid; la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid; y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

En concreto, esta última, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 128), establece acciones que aseguren a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. Hace referencia esta Ley a una calidad que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.

Los planes estatales y regionales españoles se ciñen a estas leyes antes reseñadas e incluyen entre sus objetivos la mejora de la calidad de la atención. Un ejemplo es el Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Uno de los objetivos de este Plan es elaborar estándares de calidad para los centros y establecimientos sanitarios.

En el momento de elaboración del proyecto para el SAP, se tuvo en cuenta la información acerca de la calidad recogida en el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERO, 2004), donde se pone de relieve que dar un servicio de calidad y con calidad es la mejor garantía de que los derechos de los ciudadanos en general, y de los dependientes en particular, se cumplen de acuerdo a sus necesidades y expectativas en el marco de la norma que los regule. Esta cuestión queda recogida en el preámbulo de la Orden del Ministerio de Administraciones Públicas por la que se nombra la Comisión para el estudio y creación de la Agencia Estatal de Evaluación de la Calidad de los Servicios y de las Políticas Públicas, *“las Administraciones deben comprometerse decididamente con una gestión orientada a los resultados, desarrollando en el ámbito de los servicios, programas y políticas su capacidad de análisis y evaluación, para producir impactos positivos en el bienestar de los ciudadanos y mejorar la calidad de los bienes públicos y prestaciones”*. (Orden APU/1463/2004, de 19 de mayo, BOE de 25 de mayo).

El seguimiento y evaluación de los servicios supone la doble dimensión de control y evaluación:

- Seguimiento y control del cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos, mediante el establecimiento de mecanismos y recursos de inspección por parte de las Administraciones competentes en cada ámbito y el correspondiente régimen sancionador, en su caso.
- Evaluación del funcionamiento de los servicios, tanto respecto de la organización / recurso en su conjunto, como del funcionamiento de cada uno de los servicios que presta.

En definitiva, se pretende resaltar la importancia de la calidad de la atención asistencial, no ya como un principio orientador de las políticas sociales, sino como un derecho de los ciudadanos. Es decir, no es suficiente con dirigir los esfuerzos en este sentido, sino que es imprescindible, incluso obligatorio, ofrecer una atención de calidad a las personas mayores.

La calidad, como principio fundamental, ha sido decisiva a la hora de planificar el SAP. Se han adoptado las siguientes medidas de control de la calidad (tabla 4.1):

1. Inclusión de medidas de resultados de la intervención del SAP (efectividad).

Se emplean distintas medidas de evaluación del usuario:

- Funcionamiento.
- Niveles de salud.
- Necesidades no cubiertas.
- Nivel de discapacidad.

Estas medidas se toman antes del inicio de la intervención y después de la misma, de forma que faciliten un indicador de la efectividad del Servicio.

2. Evaluación periódica de los beneficios de la intervención del Servicio para el usuario.

Se lleva a cabo una revisión mensual de los objetivos de la intervención planificada para el usuario, permitiendo así efectuar ajustes que aseguren la optimización de la intervención

3. Controles de la eficiencia del Servicio y el uso adecuado de recursos.

Este control de la utilización óptima de recursos se hace en forma de:

- Informes mensuales.
- Resúmenes semestrales.
- Memorias anuales.

En ellos se desglosan los datos referentes al desarrollo y cumplimiento de los diferentes objetivos del Servicio.

4. Calidad evaluada por distintos agentes independientes.

La calidad es evaluada por distintos agentes:

- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Universidad Complutense de Madrid
- Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid.

La función de estos agentes es la supervisión del funcionamiento del Servicio, tanto a través de reuniones como a través del análisis de estos informes mensuales, resúmenes semestrales y memorias anuales.

Tabla 4.1. Principio de Calidad aplicado al SAP.

MEDIDAS DE CONTROL DE LA CALIDAD DEL SAP	
1. Inclusión de medidas de resultados de la intervención del Servicio (efectividad).	Medidas de evaluación del usuario, antes y después de la intervención: <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento. • Niveles de salud. • Necesidades no cubiertas. • Nivel de discapacidad.
2. Evaluación periódica de los beneficios de la intervención del Servicio para el usuario.	Revisión mensual de los objetivos de intervención.
3. Controles de la eficiencia del Servicio y el uso adecuado de recursos.	<ul style="list-style-type: none"> • Informes mensuales. • Resúmenes semestrales. • Memorias anuales.
4. Calidad evaluada por distintos agentes independientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. • Universidad Complutense de Madrid • Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid.

4.3.2. Búsqueda activa.

Dada la asunción de ciertas características de las personas mayores en aislamiento social, tales como altas tasas de trastornos mentales, carencia de red de apoyo social, rechazo sistemático de las ayudas, problemas de higiene (personales y del hogar), problemas de salud física, distintos niveles de discapacidad y las dificultades para el contacto y la reinserción dentro del sistema sociosanitario normalizado, el SAP sigue una estrategia general de búsqueda activa (*outreach*).

La estrategia de búsqueda activa es un tipo de aproximación que se ha empleado, en general, para usuarios con problemas de salud mental, que promueve una línea de actuación consistente en que los profesionales se inserten dentro de la comunidad, consiguiendo así que contacten con la gente en su propio ambiente, cualquiera que éste sea (en su casa, en una cafetería, en la calle, etc.). Deste punto de vista, la estrategia de búsqueda activa rompe barreras (Winchester y Lloyd, 2002).

Es un tipo de estrategia que sigue una filosofía activa, ecológica y multidisciplinar:

- Activa, ya que no espera que la persona con problemas de salud mental acuda por su propio pie a un servicio de salud para recibir tratamiento, sino que, en contra de esta actitud pasiva, válida en otras poblaciones, sale a la calle y a su entorno comunitario a buscarlo.
- Ecológica, en el sentido de que se parte del propio ambiente de la persona, bien sea su vivienda, su barrio o los lugares que frecuente. Se consigue así que la persona sea más receptiva a la intervención, logrando, con aproximaciones sucesivas, que acepte recibir la ayuda que se le ofrece, sea cual sea su problemática (problemas de salud física, salud mental, problemas de aislamiento social, higiene, etc.)
- Multidisciplinar, puesto que en ella participan distintos profesionales e incluso voluntarios. En el proceso que va desde el momento del contacto previo, pasando por la reinserción en el sistema sociosanitario, hasta la mejora de su situación general (económica, laboral, de vivienda, de apoyo social, de salud, etc.), se ven involucrados diferentes profesionales, entre ellos trabajadores sociales, médicos de atención primaria, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, abogados, empresarios, funcionarios, etc.

En general, cualquier programa de este tipo tiene cinco tareas inherentes al modelo de búsqueda activa (Morse et al., 1996):

1. Establecimiento de contacto con la comunidad o con los beneficiarios potenciales del programa, asegurando la credibilidad del equipo de profesionales;
2. Identificación de aquellas personas susceptibles de beneficiarse del programa de búsqueda activa;
3. Enganche de los usuarios;
4. Evaluación y planificación de la intervención;
5. Seguimiento.

Con este Servicio se intenta dar respuesta a las cinco tareas, llevando a cabo un proceso completo de búsqueda activa, desde la identificación y contacto con aquellas personas susceptibles de beneficiarse del Servicio, la propia intervención (enganche-evaluación-intervención) con ellos, hasta el seguimiento de aquellos casos cerrados por el Servicio, es decir, aquellos en los que se ha dado solución a la situación de aislamiento (ver tabla 4.2):

1. Establecimiento de contacto con la comunidad o con los beneficiarios potenciales del programa, asegurando la credibilidad del equipo de profesionales.

El SAP cuenta con el apoyo de distintas instituciones que no sólo aseguran la credibilidad del equipo, sino que además, funcionan como enlaces de contacto con la comunidad y los beneficiarios potenciales del programa. Estas instituciones y agentes son:

- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
 - Universidad Complutense de Madrid.
 - Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid.
 - Centros de Servicios Sociales (SS.SS.) municipales.
2. Identificación de aquellas personas susceptibles de beneficiarse del programa de búsqueda activa.

Se han establecido criterios de inclusión dentro del SAP que tratan de identificar a aquellas personas en situación de aislamiento social susceptibles de ser

atendidas por el Servicio. Este perfil se ha presentado en los centros de SS.SS. de los 21 distritos de Madrid.

3. Enganche de los usuarios y
4. Evaluación y planificación de la intervención.

Se han desarrollado tres protocolos que guían la intervención del SAP y que se ajustan al modelo de búsqueda activa:

- Protocolo de Contacto y Enganche.
- Protocolo de Evaluación.
- Protocolo de Intervención.

5. Seguimiento.

Una vez que el proceso de intervención ha finalizado y la persona no se encuentra en situación de aislamiento social, el SAP cierra el caso, pero realiza una evaluación de seguimiento de tres a seis meses después del cierre.

Tabla 4.2. Principio de Búsqueda Activa aplicado al SAP.

TAREAS DEL MODELO DE BÚSQUEDA ACTIVA	MEDIDAS TOMADAS POR EL SAP
1. Establecimiento de contacto con la comunidad o con los beneficiarios potenciales del programa, asegurando la credibilidad del equipo de profesionales.	Se lleva a cabo a través de las siguientes instituciones y agentes: <ul style="list-style-type: none"> • Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. • Universidad Complutense de Madrid. • Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid. • Centros de Servicios Sociales (SS.SS.) municipales.
2. Identificación de aquellas personas susceptibles de beneficiarse del programa de búsqueda activa.	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de inclusión en el SAP. • Identificación a través de los centros de SS.SS. de los 21 distritos de Madrid.
3. Enganche de los usuarios.	Desarrollo de tres protocolos que se ajustan al modelo de búsqueda activa: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de Contacto y Enganche. • Protocolo de Evaluación. • Protocolo de Intervención.
4. Evaluación y planificación de la intervención.	
5. Seguimiento.	Evaluación de seguimiento de tres a seis meses después del cierre.

Los programas de búsqueda activa han sido utilizados con distintas poblaciones y no siempre de la misma manera, como puede verse en la tabla 4.3.

Tabla 4.3. Estrategias de búsqueda activa, poblaciones donde se ha aplicado y autores.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA ACTIVA Y POBLACIÓN	AUTORES
1. Cartas/llamadas telefónicas con información relevante para población de riesgo. <ul style="list-style-type: none"> • Detección trastorno mental (sobre todo TEPT) en veteranos de guerra. • Mujeres con necesidad de realizarse densiometría ósea. • Prevención suicidio en personas con intentos previos. 	<p>McFall, Malte, Fontana & Rosenheck, 2000; Joseph, Hernandez & Jain, 2015.</p> <p>Denberg et al., 2009.</p> <p>Berrouiguet, Gravey, Le Galudec, Alavi & Walter, 2014.</p>
2. Personal cualificado que acude al lugar donde se encuentra la población de riesgo. <ul style="list-style-type: none"> • Detección trastorno mental en residencias de mayores • Detección trastorno mental en diferentes subpoblaciones de personas sin hogar (PSH) (veteranos de guerra, con dependencia crónica de alcohol o drogas, mayores de 65 años, etc). 	<p>Draper, 2000; Cuijpers, 1998.</p> <p>Buhrich & Teesson, 1996; Rosenheck & Lam, 1997a, 1997b; Stovall, Cloninger & Appleby, 1997; Frisman & Rosenheck, 1997; Lam & Rosenheck, 1999; Rosenheck, Frisman & Kaspro, 1999; Fisk, Rowe, Laub, Calvocoressi & DeMino, 2000; Kaspro, Rosenheck, Frisman & DiLella, 2000; Levy, 2000; Rosenheck, 2000; Witbeck, Hornfeld & Dalack, 2000; Warnes & Crane, 2000; Morris & Warnock, 2001.</p>
3. Programas de Educación y Entrenamiento. <ul style="list-style-type: none"> • Dirigidos a los trabajadores sin formación clínica de un centro: <ul style="list-style-type: none"> ▪ detección trastorno mental en residencias de mayores ▪ detección trastorno mental en centros para PSH • Dirigidos a padres, profesores y cuidadores: <ul style="list-style-type: none"> ▪ detección trastorno mental en niños y adolescentes ▪ detección autismo en niños ▪ detección precoz de la esquizofrenia • Dirigidos a paraprofesionales o profesionales con un nivel medio de formación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ detección trastorno mental en refugiados e inmigrantes ▪ mejora del tratamiento con antirretrovirales en VIH • Dirigidos a población de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Detección del cáncer de cuello uterino en mujeres de alto riesgo ▪ Prevención de VIH en hombres homosexuales ▪ Intervención con familias con problemática socioeconómica y/o psicosocial ▪ Favorecer la vacunación del neumococo en personas mayores con enfermedades crónicas 	<p>Rabins et al., 2000; Black et al., 1998; Stolee, Kessler & LeClair, 1996</p> <p>Tischler, Vostanis, Bellerby & Cumella, 2002; Timms, 1998; Muñoz, Santos-Olmo, de Vicente & Pérez-Santos, 2005; Santos-Olmo, Muñoz, de Vicente & Pérez-Santos, 2006</p> <p>Zigler & Gilman, 1998</p> <p>Center for autistic children of Philadelphia, 2000</p> <p>McGorry, Edward, Mihalopoulos, Harrigan & Jackson, 1996</p> <p>Musser & Carrillo, 1997</p> <p>Sodhi, 2011</p> <p>Engelstad, 2005</p> <p>Rhodes, Hergenrather, Yee & Ramsey, 2008.</p> <p>Rots de Vries, van de Goor, Stronks & Garretsen, 2011.</p> <p>Chan et al., 2015</p>
4. Programas comunitarios <ul style="list-style-type: none"> • Dirigidos a niños con problemas de conducta 	<p>Augimeri, Farrington, Koegl & Day, 2007.</p>

Todos estos estudios se realizaron con poblaciones distintas, pero en todas ellas hay un factor común, la escasa probabilidad de que accedan por sus propios medios a un servicio sociosanitario. Por lo tanto, son poblaciones, bien por las características de sus individuos o por las características del trastorno que presentan, que tardarán mucho en solicitar recursos o ayudas sociosanitarias adecuadas o bien no los solicitarán nunca. En definitiva, son poblaciones que se beneficiarían de una estrategia de búsqueda activa, según la cual, serían los propios trabajadores o miembros de la comunidad los que darían el primer paso en el proceso de intervención y les pondrían en contacto con los servicios sociales y de salud pertinentes.

Aunque los resultados en todos estos estudios permiten ser optimistas respecto a la efectividad de la estrategia de búsqueda activa, lo cierto es que ésta no es ninguna panacea que pueda ser utilizada en todas las poblaciones ni para todas las problemáticas con una efectividad diferencial de la que ofrecen las intervenciones que son solicitadas espontáneamente por el usuario. Aún hay que investigar las diferencias en el resultado final de las intervenciones de los usuarios que acuden espontáneamente a la misma y los usuarios “enganchados” a los recursos por un programa de búsqueda activa. Sin embargo, es evidente que existen algunas poblaciones (Personas Sin Hogar, personas mayores tanto en situación de aislamiento social como no, niños y jóvenes, refugiados e inmigrantes, etc.) y algunos trastornos mentales (Depresión, Esquizofrenia, Trastorno de Estrés Postraumático, etc.), sobre todo los graves o crónicos, que, como se comentaba anteriormente, por sus características no acceden fácil y voluntariamente a los servicios sociales y de salud. Éstos serán los que más se beneficien de los programas de búsqueda activa.

Los beneficios potenciales de la aplicación de las estrategias de búsqueda activa en la población mayor en aislamiento social son:

- Favorecer la utilización sistemática de los Servicios Sociales y de Salud, venciendo la reticencia de estas personas a acudir a las instituciones.
- Conseguir que cada vez un mayor número de casos detectados acepten finalmente la ayuda que se les ofrece, sea cual sea su problemática.
- Realizar una evaluación individual identificando las conductas problemáticas y las variables que las controlan o mantienen.

- Procurar el cambio, deteniendo aquellos comportamientos problemáticos que sean susceptibles de cambio positivo.
- Identificar necesidades de las personas mayores en situación de aislamiento social, sobre todo aquellos con trastornos mentales graves, con el fin de mejorar su calidad de vida y conseguir que salgan de la situación de exclusión y aislamiento social en la que se encuentran.
- Mantener un contacto continuado y periódico con las personas detectadas, evaluadas y tratadas, con el fin de evitar recaídas y de ayudarles a solucionar posibles problemas que se les planteen en el proceso de normalización de su situación.

4.3.3. Seguimiento de caso (case management)

La organización de sistemas de cuidados comunitarios coordinados y que garanticen la continuidad de cuidados surgieron como una estrategia de intervención de los trastornos esquizofrénicos, constituyendo un momento clave en el tratamiento y evolución de estos pacientes (Marshall, Gray, Lockwood & Green, 1997; Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998; Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998; Marshall et al., 2000). Las personas con esquizofrenia, habitualmente con necesidades de intervención desde distintos dispositivos y por diferentes profesionales, sufren la existencia de redes con múltiples dispositivos en los que los objetivos de tratamiento no siempre están coordinados, produciendo esto que no reciban una continuidad en sus cuidados. Por esta razón se empezaron a desarrollar en EEUU diversas experiencias de organización de los servicios para garantizar la continuidad de los cuidados y la atención integral.

Stein y Test (1980) fueron pioneros en el desarrollo a finales de los 60 y primeros de los 70 de los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario, *Assertive Community Treatment*, en Wisconsin, que han servido de base para desarrollar múltiples programas posteriores. Estos programas surgieron con el objetivo de proporcionar un seguimiento intensivo en la comunidad tras el alta, trabajando en estrecha colaboración con la red social y familiar de los pacientes y se caracterizaban por una gran disponibilidad horaria y flexibilidad para la intervención. Otro de los orígenes de este tipo de intervenciones se encuentra en la tradición norteamericana de los trabajadores sociales y enfermeros y su experiencia de trabajo en sistemas de gestión de los casos, *case management*, imprescindibles en un modelo sanitario con múltiples agencias. Todo ello, teniendo en

cuenta las importantes dificultades existentes para tratar adecuadamente en la comunidad a pacientes con trastornos mentales crónicos con fenómenos de puerta giratoria y falta de adherencia a los tratamientos, llevaron al National Institute of Mental Health a promover el *Community Support Program* en 1977. Este programa recomendaba la utilización de una serie de modelos de gestión del caso (*case management*) orientados a mejorar los servicios comunitarios para los enfermos mentales severos, que garantizaran la coordinación de los servicios que reciben y la continuidad de los cuidados, a través de la asignación de una persona responsable, o tutor (*case manager*).

Tanto los programas de tratamiento asertivo comunitario, como los de seguimiento del caso son más efectivos que la atención comunitaria estándar en mejorar la adherencia y cumplimentación de los tratamientos y en reducir el tiempo de hospitalización, y en el caso del tratamiento asertivo comunitario, además se producen mejorías significativas en la estabilidad residencial, el empleo, la satisfacción del usuario y sus familiares con los servicios, el aumento de la calidad de la intervención y la disminución de la carga familiar (Mueser, 1998; Marshal et al., 2000; Ziguras & Stuart, 2000; Naithani, Gulliford & Morgan, 2006; Boulton, Tarrant, Windridge, Baker & Freeman, 2006; Adair et al, 2005; Haggerty et al, 2003; Nyweide, 2013; Bayliss, 2015).

Entre las recomendaciones realizadas por el *Schizophrenia Patients Outcomes Research Teams* acerca del tratamiento de la esquizofrenia basadas en la evidencia científica del *National Institute of Mental Health*, se encuentra el tratamiento asertivo comunitario (Lehman & Steinwachs, 1998). Los criterios más importantes para definir el tratamiento asertivo comunitario son (Teague, Drake & Ackerson, 1995):

- Una proporción baja de casos asignados para cada profesional (10:1).
- Trabajo en equipo:
 - El equipo está formado por un líder o responsable, y cuenta con diferentes profesionales, siguiendo una perspectiva integral.
 - Existen reuniones de equipo frecuentes.
 - Los casos son compartidos por el equipo (sobre todo aquellos en situación de crisis).

- Asume la responsabilidad completa del tratamiento:
 - Ayuda al usuario a manejar los síntomas de los trastornos que pudiera presentar.
 - Brinda apoyo y enseña al usuario a cómo enfrentarse a las situaciones cotidianas y a reconocer los síntomas de la enfermedad.
 - Enseña al usuario a socializar con los demás y a realizar una variedad de tareas domésticas.
 - Supervisa toda la asistencia médica incluyendo cuidado general.
 - Ayuda al usuario a conseguir ayuda económica, vivienda y asistencia médica.
 - Cuando un usuario no puede hacer algo por sí mismo, el equipo le ayuda a hacerlo.
- Hace un seguimiento ilimitado.
- Con un acercamiento asertivo, con actitud de búsqueda (*outreach*) y de evitación de abandonos.
- Realiza sus intervenciones fundamentalmente en los domicilios y en la comunidad:
 - El usuario no acude a ningún despacho, consulta u oficina, sino que el propio equipo de trabajo acude a su domicilio u otros lugares de su comunidad.
 - La mayoría de servicios se ofrecen en las casas, lugares de trabajo y de recreación de los usuarios.
 - Los usuarios trabajan con todo el equipo en una forma integral.
 - El tratamiento, la rehabilitación y los servicios de ayuda en la comunidad se adaptan a las necesidades del individuo.
- Está constantemente disponible para ayudar al usuario y a su familia. Frecuentemente ofrece una cobertura de 24 horas, 7 días a la semana.
- Su población diana son aquellas personas con un trastorno mental grave y crónico, así como personas que necesiten ser atendidas en varios servicios (hiperfrecuentadores de servicios).

En España, esta estrategia se concreta en el Programa de Seguimiento y Cuidados de enfermos mentales crónicos y graves que existe en algunas comunidades.

En definitiva, los programas que siguen el principio de Seguimiento del Caso van dirigidos a personas que requieren, o se prevé que van a requerir, el uso simultáneo o sucesivo de diferentes recursos y dispositivos sea de la red de atención sanitaria o social u otros de su entorno y pretenden garantizar un uso lo más adecuado posible de los recursos existentes a través de la asignación del paciente a un coordinador o tutor que actúa como responsable de un plan individualizado de atención.

Respecto al coordinador de caso, éste actúa como provisor directo de atención y como coordinador de los distintos profesionales y dispositivos que actúen sobre el paciente; mantiene la responsabilidad sobre el caso independientemente del uso que en ese momento esté haciendo de cualquier dispositivo de la red; y sigue un enfoque de búsqueda activa, ya que el coordinador (o alguien del equipo) se desplaza, para llevar a cabo su actividad a los dispositivos cuya actividad tiene que coordinar a propósito de cada caso o a los lugares que las necesidades contempladas en cada plan individualizado determinen (domicilio, centros de trabajo u ocio, etc.). Este enfoque comprensivo y práctico asegura que el usuario reciba en forma continua y a largo plazo los servicios que necesita.

No todos los pacientes tienen la capacidad de asumir un papel activo en la continuidad de sus cuidados. Algunos, como las personas mayores en situación de fragilidad o aquellos con enfermedades mentales graves y crónicas, pueden requerir un esfuerzo mayor por parte del profesional para facilitarles el acceso a los servicios, comunicarse con los distintos profesionales que le atienden y darle confianza dentro de una relación de apoyo y cuidado (Freeman et al., 2001; 2007).

Teniendo en cuenta, por un lado, la dificultad de acceso y la complejidad de la red socio-sanitaria y, por otro lado, la necesidad del uso simultáneo o sucesivo de diferentes recursos y dispositivos sea de la red de atención sanitaria o social u otros de su entorno de la población diana del presente programa, se propone este principio de Seguimiento del Caso con el objetivo de reorganizar u organizar, según el caso, el acceso a la red socio-sanitaria y otros recursos de las personas mayores en aislamiento social mediante la figura del tutor o coordinador de cuidados. Dicha figura se lleva a cabo por los profesionales del SAP junto con el apoyo del trabajador social de zona de los Servicios Sociales del distrito correspondiente.

En la tabla 4.4, se recogen las características del SAP en cuanto al principio de Seguimiento del caso.

Tabla 4.4. Principio de Seguimiento del caso aplicado al SAP.

SEGUIMIENTO DEL CASO	CARACTERÍSTICAS DEL SAP
1. Proporción baja de casos asignados para cada profesional.	<ul style="list-style-type: none"> La proporción del SAP es aproximadamente 15:1.
2. Trabajo en equipo interdisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> Los profesionales que componen el SAP son psicólogos. Trabajan en coordinación con otros profesionales tales como: trabajadores sociales, médicos, enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares de hogar, etc. Existen reuniones de equipo semanales, así como coordinaciones vía correo electrónico o telefónica con los diferentes profesionales implicados en la atención a la persona mayor. Todos los casos son conocidos y compartidos por el equipo que conforma el SAP.
3. Asume la responsabilidad completa del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> El SAP plantea objetivos que abarcan distintas áreas problemáticas de la persona: <ul style="list-style-type: none"> Área clínica (salud física). Área funcional: funcionamiento global y discapacidad. Área del funcionamiento psicológico y cognitivo. Área del funcionamiento social. Área de necesidades no cubiertas.
4. Acercamiento asertivo, con una actitud activa de búsqueda (<i>outreach</i>) y de evitación de abandonos.	<ul style="list-style-type: none"> Uno de los principios que guían este Servicio es la Búsqueda Activa, tal y como se ha comentado en apartados anteriores.
5. Intervenciones fundamentalmente en los domicilios y en la comunidad:	<ul style="list-style-type: none"> El usuario no acude a ningún despacho, consulta u oficina, sino que el propio equipo de trabajo acude a su domicilio u otros lugares de su comunidad. La mayoría de servicios se ofrecen en las casas, lugares de trabajo y de recreación de los usuarios. Los usuarios trabajan con todo el equipo en una forma integral. El tratamiento, la rehabilitación y los servicios de ayuda en la comunidad se adaptan a las necesidades del individuo. Se cuenta con la colaboración de las personas de la comunidad que puedan facilitar el logro de los objetivos del PIA (vecinos, comerciantes, porteros, amigos, familiares, etc.) Se consigue así que la persona sea más receptiva a la

	intervención, siendo el objetivo a conseguir, mediante aproximaciones sucesivas, que acepte recibir la ayuda que se le ofrece, sea cual sea su problemática (problemas de salud física, salud mental, problemas de aislamiento social, higiene, etc.), a través de la puesta en contacto y enganche del usuario con los servicios socio-sanitarios normalizados que precise y la planificación del acompañamiento a los mismos.
6. Flexibilidad horaria en la atención.	<ul style="list-style-type: none"> El SAP tiene un horario flexible de atención (mañana y tarde), siendo un objetivo prioritario estar disponible para ayudar al usuario y a la red de apoyo social que tenga (familia, vecinos, etc.).
7. Su población diana son aquellas personas con un trastorno mental grave y crónico, así como personas que necesitan ser atendidas en varios servicios (hiperfrecuentadores de servicios).	<ul style="list-style-type: none"> En general, las personas que son atendidas por el SAP necesitan ser atendidas en varios servicios, aunque en la mayoría de los casos no están haciendo uso de ellos en la actualidad, o al menos no de una manera adecuada.

4.3.4. Atención individualizada.

El SAP sigue un modelo de actuación basado en la programación de las actuaciones de cada persona mayor de forma individualizada. El plan individual de atención (PIA) o plan individual de rehabilitación (PIR) consiste en una programación del trabajo ordenada y centrada en la persona y sus particularidades, en la que se definen objetivos y se proponen modos de proceder de forma sistematizada; estructurada de forma secuencial; dinámica y flexible, aceptando el cambio y la modificación en función de la evolución del proceso de intervención. Se trata de desarrollar una propuesta marco que guía la toma de decisiones, lo que permite saber qué hacer en cada momento y razonar el porqué de lo que se hace (Fernández, Cañamares & Otero, 1997; Fernández, 2009). Lo que en un primer momento pudiera parecer un modelo que requiere una elaboración de planes individualizados costosa en términos de tiempo y recursos humanos, en realidad, permite ajustar las intervenciones a las necesidades concretas de una persona, estructurando la información obtenida en la evaluación en una propuesta operativa y programada de trabajo.

Los componentes del PIA son los siguientes (Kuehnel & Liberman, 1993; Fernández, Cañamares & Otero, 1997; Gisbert, 2003; Fernández, 2009):

1. Objetivos
2. Formas de intervención

Las características que deben presentar los objetivos que se formulen son las siguientes:

- No serán definitivos.
- Estarán sujetos a cambio y modificaciones.
- Se propondrán para el usuario y no para el profesional.
- Se dividirán en generales y específicos.
- Deberán diferenciarse, a la hora de operativizarlos, de lo que es una intervención.

Los objetivos serán generales y específicos. Los objetivos generales se caracterizan por lo siguiente:

- Tienen que ver más con lo ideal o final.
- Son inespecíficos, vagos y molares.
- Proponen metas muy ambiciosas.
- Orientan a la hora de formular metas más concretas.
- Sólo pueden ser evaluados a través de los objetivos específicos.

Los objetivos específicos se caracterizan por lo siguiente:

- Tienen que ver más con lo real o material.
- Son precisos, concretos y moleculares.
- Suponen una concreción, restricción o especificación de los objetivos generales a los que tienen que aludir o servir.
- Han de ser formulados en términos de conducta. Serán lo suficientemente concretos como para señalar claramente una meta precisa, de modo que pueda ser analizada y evaluada.
- A partir de ellos se elaboran propuestas de intervención.

El siguiente paso del PIA, una vez definidos los objetivos generales y específicos de actuación con una persona, es establecer prioridades.

En definitiva, una buena evaluación y la elaboración de un PIA ajustado y adecuado a las necesidades del usuario, maximizará la probabilidad de acierto en la toma de decisiones.

Los profesionales del SAP llevan a cabo este PIA tras alcanzar un acuerdo con el resto de profesionales del equipo en cuanto a los objetivos a conseguir, en base a los resultados de la evaluación. En la tabla 4.5, puede verse de qué manera se concreta este principio de Atención Individualizada en el funcionamiento del SAP.

Tabla 4.5. Principios de Atención Individualizada aplicado al SAP.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA DEL SAP.	
▪	Programación del trabajo centrada en la persona y sus particularidades, es decir, planificación de intervenciones específicas para cada persona atendida, mediante la realización del Plan individual de atención (PIA).
▪	Definición de objetivos específicos e individuales.
▪	Propuesta de una intervención dinámica y flexible (aceptando el cambio y la modificación en función de la evolución del proceso de intervención).
▪	Identificación de los responsables de la implementación de las diversas partes del plan (psicólogas del SAP, trabajadores sociales, personal sanitario, agentes informales, etc).

4.3.5. Continuidad.

El SAP sigue un Modelo de Actuación Continua, basado en la realización de evaluaciones constantes a lo largo del proceso de intervención, que permiten modificar los objetivos y actuaciones cuando es necesario. El PIA deberá estar temporalizado, bien en objetivos a corto, medio y largo plazo, bien por objetivos prioritarios, o bien por objetivos generales y específicos con diferentes niveles de prioridad (Fernández & González, 1994). En este sentido, el Plan Individual de Atención mantiene su carácter flexible y de cambio en función de las necesidades de la persona, revisándose periódicamente para hacerlo sensible al proceso de evaluación continua. Dicha evaluación continua se sustenta en los principios de la práctica rehabilitadora y en el análisis funcional que ininterrumpidamente se aplicará a las distintas unidades de conducta sobre las que se está interviniendo (Gisbert, 2003; Fernández, 2009).

La evaluación será constante a lo largo de todo el proceso de rehabilitación. Esta evaluación se articula sobre dos ejes que se interrelacionan continuamente (Fernández & González, 1994):

1. Habilidades de la persona: se refiere tanto a las dificultades de funcionamiento como a las habilidades y competencias que conserva la persona.
2. Ambientes específicos en los que interactúa o se prevé que vaya a interactuar la persona a lo largo del proceso de rehabilitación: esta evaluación debe especificar tanto las demandas que los diferentes ambientes ejercen sobre la persona, poniéndolas en relación con la capacidad o competencia de la persona para afrontarlas, como los apoyos que en dicho ambiente se dan o se podrían instaurar para la persona.

La implementación del PIA debe hacerse a través del desarrollo de habilidades personales y disponiendo de los apoyos necesarios en los diferentes ambientes donde va a funcionar la persona. Se debe establecer un registro regular y continuo del proceso de cambio que permita comprobar los progresos y consecución de objetivos e ir modificando tanto las intervenciones como los objetivos (Fernández & González, 1994; Gisbert, 2003; Fernández, 2009).

Una vez cumplidos los objetivos que se establecieron en el PIA, se realiza un seguimiento de cada persona para comprobar si los beneficios alcanzados tras la intervención se mantienen. La intensidad y duración del seguimiento dependen de las características de cada persona y de su medio, y en la medida en que no se den retrocesos en el nivel alcanzado, se irá disminuyendo progresivamente el seguimiento.

Uno de los objetivos prioritarios del SAP es asegurar el bienestar de esta población, venciendo la desconfianza y las reticencias de la muestra a recibir ayuda, normalizando en la medida de lo posible su situación y mejorando su calidad y condiciones de vida. Este objetivo general se ajustará a cada usuario, de modo que la persona reciba las herramientas necesarias en cada momento, que le permitan una mayor independencia.

En la tabla 4.6, puede verse de qué manera se concreta este principio de Continuidad en el funcionamiento del SAP.

Tabla 4.6. Principio de Continuidad aplicado al SAP.

ATENCIÓN CONTINUA EN EL SAP	
▪	Establecimiento de un Plan Individual de Atención (PIA), con las características comentadas en el apartado 4.3.4.
▪	Planificación de la intervención en las cuatro áreas básicas de intervención (área de la salud física, área del funcionamiento global y discapacidad, área del funcionamiento psicológico y cognitivo y área del funcionamiento social) y de forma transversal a todas ellas, la intervención sobre las necesidades no cubiertas detectadas.
▪	Propuesta de modos de proceder de forma sistematizada y estructurada de forma secuencial y temporalizada (objetivos a corto, medio y largo plazo; objetivos prioritarios; objetivos generales y específicos con diferentes niveles de prioridad, etc.)
▪	Implementación del PIA a través del desarrollo de habilidades personales y disponiendo de los apoyos necesarios en los diferentes ambientes donde va a funcionar la persona.
▪	Revisiones mensuales del PIA con el objetivo de comprobar los progresos y consecución de objetivos e ir ajustando las actuaciones a las necesidades cambiantes de la persona.
▪	Seguimiento de la situación de la persona una vez cerrado el caso (de tres a seis meses después) para comprobar si los beneficios alcanzados tras la intervención se mantienen.

4.4. Diseño de la intervención

A continuación, se describe la intervención diseñada por el SAP, desde los criterios de inclusión; los pasos para la derivación de casos y las fases de intervención del SAP, incluyendo los tres protocolos de intervención y sus líneas directrices: contacto y enganche, evaluación e intervención.

Para una mejor comprensión de los protocolos de intervención del Servicio de Apoyo Psicológico, en el Anexo 5 de esta tesis se incluye la exposición del proceso de contacto y enganche, evaluación e intervención sobre cuatro casos reales.

4.4.1. Criterios de inclusión de la población objeto de atención

En base a las reuniones mantenidas durante el proceso de diseño del SAP, ampliamente comentadas en este capítulo, finalmente se decide que la población objetivo del Servicio debe cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Ser mayor de 65 años.
- Vivir solo/a o en convivencia con otras personas mayores de 65 años.
- Tener necesidades sociales y/o sanitarias no cubiertas.
 - En cuanto a las necesidades sanitarias, necesitar ayudas debido a:

- Problemas de salud física y funcionamiento que generan dependencia (hipoacusia, visión, movilidad y salud en general).
- Problemas de salud mental (por ejemplo, deterioro cognitivo, depresión, abuso de alcohol u otro trastorno mental crónico de larga duración).
- En cuanto a las necesidades sociales, necesitar ayudas debido a problemas para cubrir sus necesidades básicas (problemas con el alojamiento, las condiciones higiénicas de la vivienda, la alimentación, el aseo personal, las actividades de la vida diaria, problemas en relación con prestaciones sociales, etc.).
- Disponer de una escasa o nula red de apoyo social. (por ejemplo, no tener a nadie a quien acudir para pedir ayuda).
- Rechazar las ayudas que se le ofrecen para cubrir sus necesidades desde los servicios sociales y/o sanitarios normalizados.
- Desde los Servicios Sociales se ha intervenido, sin que se haya resuelto la situación de aislamiento, y los profesionales de referencia consideran que se han agotado todas las vías de intervención.

4.4.2. Derivación.

La derivación de personas en aislamiento social al SAP se realiza desde los centros de Servicios Sociales de los 21 distritos de la ciudad de Madrid. El procedimiento es el siguiente:

- Deben cumplirse dos requisitos por parte del centro de Servicios Sociales antes de realizar cualquier derivación:
 1. Debe existir una figura de coordinador del programa dentro del distrito, generalmente el responsable del Programa de Mayores de cada centro.
 2. Dentro de los Servicios Sociales existen dos niveles de atención: primera atención y zona, siendo éste último nivel el que supone una mayor especificidad y profundidad en la intervención. Las personas derivadas deben estar en este último y tener un trabajador social de zona responsable del caso.

- Se diseña una ficha de derivación al SAP que debe ser cumplimentada por el profesional de referencia de la persona derivada, es decir, por su trabajador social de zona (esta ficha, junto con otros documentos de trabajo, pueden verse en el Anexo 4). Una vez rellena, dicha ficha se envía a un profesional de la Dirección General de Mayores y Atención Social, por correo electrónico o por fax. La información que contiene esta ficha de derivación se refiere a las siguientes áreas:
 - a) Datos sociodemográficos y de identificación de la persona derivada.
 - b) Datos sobre la historia en Servicios Sociales:
 - fuente de derivación o procedencia, es decir, quién puso el caso en conocimiento de los Servicios Sociales,
 - fecha de apertura de expediente,
 - breve descripción del caso,
 - documentación disponible (DNI, datos económicos, empadronamiento, etc)
 - intervención llevada a cabo hasta el momento.
 - c) Necesidades sociosanitarias no cubiertas en la actualidad:
 - estado de salud física y relación con los servicios sanitarios,
 - estado de salud mental (deterioro cognitivo, trastorno de conducta, seguimiento desde Salud Mental...) y si tiene abierto un expediente de incapacitación en la Fiscalía de Mayores,
 - estado de la vivienda y si tiene abierto un expediente en los servicios de Salud Ambiental por acumulación de basuras,
 - alimentación,
 - actividades de la vida diaria,
 - relación con el entorno, existencia de una red de apoyos sociales y, en caso de tenerla, datos de contacto de agentes facilitadores formales (profesionales del centro de salud, del centro de mayores de la zona, etc.) y de agentes facilitadores informales (familiares, vecinos u otras redes de ayuda).
 - sospecha acerca de si la persona podría suponer un riesgo para sí misma y/o para los demás.

d) Otros datos que el profesional considere de interés para el proceso de intervención.

- Se realiza una reunión semanal de revisión de casos que se lleva a cabo en la Dirección General de Mayores y Atención Social y a la que acuden tanto las dos psicólogas del SAP como el resto de profesionales municipales, en concreto, dos trabajadoras sociales, dos enfermeras, dos técnicos sanitarios y una fisioterapeuta. En estas reuniones se decide qué casos de los derivados cumplen los criterios de inclusión en el Servicio y cuáles no. En todos los casos, se da respuesta a los distritos. Esta respuesta puede darse en tres sentidos:
 1. El caso cumple el perfil de aislamiento. Si esto es así, se informa al responsable de mayores y al trabajador social de zona de referencia de la inclusión del caso dentro del Servicio y de que las psicólogas del SAP se pondrán en contacto vía correo electrónico con el trabajador social de zona para iniciar la intervención.
 2. Falta información para poder determinar si el caso cumple el perfil de aislamiento. En este supuesto, se informa al responsable de mayores y al trabajador social de zona de referencia de qué datos faltan y se les pide que los adjunten en un plazo establecido de tiempo, para una posterior revisión del caso con la nueva información aportada.
 3. El caso no cumple el perfil de aislamiento. En este caso, se informa al responsable de mayores y al trabajador social de zona de referencia de los motivos por los que no puede ser considerado caso de aislamiento. Al indicar los motivos de rechazo del caso se intenta que los distritos conozcan de manera adecuada los criterios de inclusión.

4.4.3. Intervención

El procedimiento de intervención tiene lugar siguiendo los principios básicos de calidad, búsqueda activa, seguimiento del caso, atención individualizada y continuidad, expuestos anteriormente, y se compone de las siguientes fases (ver figura 4.1):

- Primera fase: Actualización del caso
- Segunda fase: Intervención

1. Protocolo de contacto y enganche
 2. Protocolo de evaluación
 3. Protocolo de intervención
- Tercera fase: Seguimiento

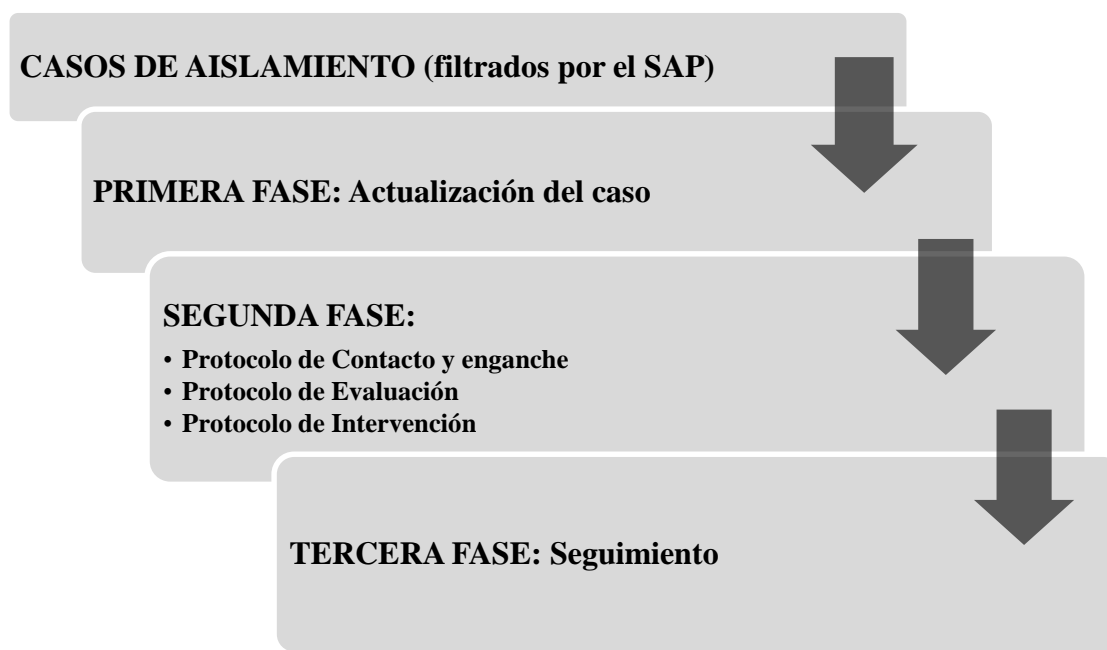


Figura 4.1. Esquema de intervención del SAP

A continuación se exponen en detalle cada una de las fases.

Primera Fase de la Intervención: Actualización del caso

Una vez que el caso es valorado y se considera que cumple con los criterios de inclusión en el Servicio, da comienzo la primera fase que consiste en la **actualización** de la información incluida en la ficha de derivación por parte del trabajador social de zona de referencia, de tal manera que los datos de los que se disponga estén actualizados con información de los últimos dos meses máximo. De esta manera, se intenta asegurar que la situación del mayor es de aislamiento social en el momento en que el SAP comienza su intervención.

En esta fase pueden darse dos supuestos:

1. Se verifica que el caso no es de aislamiento con la información del momento actual. En estos casos, el SAP no llega a iniciar la segunda fase de intervención,

quedando el seguimiento del caso bajo la supervisión del centro de Servicios Sociales. En estas situaciones, el SAP realiza una función de asesoramiento, informando a los Servicios Sociales de aquellas posibles estrategias de intervención susceptibles de ser empleadas con el caso en cuestión. Asimismo, se les indica la posibilidad de volver a derivar el caso al Servicio si sus condiciones cambiaran.

2. Con la información actualizada, el caso sigue cumpliendo los criterios de inclusión en el SAP, por lo tanto, se considera en situación de aislamiento social. Este caso pasaría a la segunda fase o fase de intervención.

Segunda Fase: Intervención

Una vez que el caso llega a esta fase, se pone en marcha la intervención del SAP. Dadas las características de la población con la que se trabaja, en cuanto a cronicidad de su situación, múltiples necesidades y pérdida de contactos y habilidades sociales, la intervención se basa en los siguientes cuatro principios básicos:

1. Realismo. Los trabajadores necesitan ser realistas respecto de los progresos que puede llegar a hacer la persona con la que están tratando. Es importante ver todos los logros desde un punto de vista positivo y evaluarlos dentro del contexto de la situación real de la persona.
2. Perspectiva a largo plazo. Se plantean objetivos a conseguir en pequeñas etapas sucesivas, sin apresurarse y entendiendo que las recaídas son parte del proceso.
3. Empatía y actitud positiva hacia la persona. Las personas que componen la muestra tienen los mismos derechos que cualquier otro ciudadano y merecen ser tratados con el mismo respeto, debiendo tener en cuenta sus aspiraciones y deseos durante todo el proceso, así como su nivel de energía para conseguirlos.
4. Flexibilidad e intervención basada en la persona. Una aproximación centrada en la persona es importante cuando el trabajo se basa en la premisa de que es ella quien establece su agenda y sus tiempos de cambio. Desde esta perspectiva, se espera conseguir una mejor disposición de la persona a aceptar distintas estrategias de intervención a lo largo del tiempo.

La intervención del Servicio se concreta en los protocolos de contacto y enganche, evaluación e intervención, los cuales se desarrollan a continuación. A pesar de que su

exposición sea secuencial para facilitar su lectura y comprensión, la aplicación de los tres protocolos funciona en paralelo.

Protocolo de contacto y enganche

Tras la inclusión del caso en el Servicio, el SAP pone en marcha el protocolo de contacto y enganche que tiene las siguientes características:

1. En primer lugar, una vez que se ha comunicado al centro de Servicios Sociales que el caso ha sido incluido dentro del Servicio, el SAP se pone en contacto con el trabajador social de zona responsable del caso, vía correo electrónico, proponiéndole una fecha para:
 - por un lado, hacer una revisión exhaustiva del expediente de la persona derivada, en el centro de Servicios Sociales,
 - y, por otro lado, llevar a cabo la primera visita conjunta al domicilio de la persona.
2. La primera visita será en el domicilio de la persona en situación de aislamiento social y será conjunta, es decir, la realizarán las dos psicólogas del SAP acompañadas del trabajador social de zona de los Servicios Sociales responsable del caso. De esta manera, el propio trabajador social puede funcionar como figura de enlace bien entre el usuario y las psicólogas, o bien entre los agentes de la comunidad y las psicólogas.
3. Una vez realizada la primera visita conjunta, el SAP comienza con su labor, iniciando el contacto con aproximaciones sucesivas con vistas a conseguir una relación de enganche. A partir del primer contacto que es conjunto con el trabajador social de zona, los siguientes se llevan a cabo por las dos psicólogas del equipo de calle.
4. En este momento de la intervención cobran especial importancia los agentes facilitadores, tanto formales como informales. A continuación, se concretan las características de estos agentes facilitadores:
 - En todos los casos se buscarán agentes facilitadores no sólo del primer contacto y del proceso de enganche, sino de todo el proceso de evaluación-intervención-seguimiento.

- Son personas cercanas a la persona susceptible de intervención, con las que puede tener un mayor grado de confianza.
 - Estas personas pueden tener una cercanía:
 - a) Personal y/o emocional: por tener lazos afectivos, familiares o de amistad.
 - b) Física: por vivir cerca de la persona y verle con frecuencia.
 - c) Profesional: por conocer a la persona en el ejercicio de su profesión.
 - Pueden diferenciarse dos tipos:
 - a) Agentes facilitadores formales o de la red formal: pueden ser profesionales de SAMUR Social, SAMUR Protección Civil, Policía, Bomberos y otros servicios de emergencia; profesionales del Centro de Salud (médico, trabajador social, enfermería, administrativos, etc); Salud Ambiental; profesionales relacionados con la iglesia (párroco, trabajador social Cáritas de la parroquia, etc); administrador de la finca; voluntarios de asociaciones; coordinadores; técnicos y auxiliares de los diferentes recursos sociales municipales (servicio de ayuda a domicilio, servicio de lavandería, comida a domicilio y Teleasistencia), etc.
 - b) Agentes facilitadores informales o de la red informal: familiares, amigos, vecinos, portero de la finca, comerciantes de la zona, etc.
 - La función de estos agentes será la de facilitar el contacto y el enganche sobre la base de su relación previa con la persona, así como participar de forma activa en el proceso de evaluación-intervención-seguimiento de la persona, favoreciéndose una colaboración y comunicación permanentes con el equipo de calle del SAP.
5. No se emplea el sistema de citas en un centro, sino que los profesionales del equipo de calle contactarán con la persona en la comunidad. El contacto se realizará siempre en el ambiente de la persona, preferentemente en su vivienda, y en caso de que sea imposible contactar en su vivienda, se intentará en los lugares de la comunidad que frecuente, con un total respeto y cuidado de la protección de datos y la intimidad de la persona. Los contactos con cada usuario y su entorno pueden adoptar las siguientes modalidades:
- 1) Contactos con el propio usuario:

- Contactos personales, cara a cara, con el usuario:
 - En la vivienda.
 - En la calle.
 - En lugares del entorno comunitario (Centro de Salud, Centro de Mayores, Centro de Servicios Sociales, hospital o residencia en casos de ingresos temporales, etc)
 - Contactos no presenciales, por ejemplo, telefónicos, por carta o notas en el buzón.
- 2) Contactos con agentes facilitadores de la red formal del usuario:
 - Contactos personales, cara a cara, con los agentes facilitadores formales.
 - Contactos no presenciales: telefónicos, por carta, fax o correo electrónico.
 - 3) Contactos con agentes facilitadores de la red informal del usuario:
 - Contactos personales, cara a cara, con los agentes facilitadores informales.
 - Contactos telefónicos, por carta, fax o correo electrónico.
 - 4) Otros contactos no contemplados en los apartados anteriores.
6. La frecuencia de los contactos depende de la respuesta del mayor a la presencia del equipo, no obstante, siempre se realizará un mínimo de un contacto mensual, bien personal, bien no presencial. El objetivo es contactar con la persona de forma periódica para ayudarlo a acostumbrarse a la presencia del equipo y hacer que la confianza se desarrolle de forma paulatina.
 7. La presencia de otros profesionales durante las visitas del SAP es valorada en función de las necesidades de intervención y del grado de confianza y enganche con la persona mayor.
 8. Las estrategias generales que se plantean desde el SAP para construir una relación basada en el respeto, la complicidad y la confianza con la persona mayor en aislamiento social son las siguientes:
 - Clarificar desde el principio la relación, de tal manera que los profesionales del SAP expliquen al mayor, de una manera comprensible, quiénes son y cuáles son sus propósitos, su trabajo o por qué están yendo a verle a su casa. No se emplea terminología potencialmente estigmatizante como “aislado”, “en aislamiento” o

“exclusión social”, pero sí hay que explicar a la persona el motivo de la presencia de los profesionales sin utilizar engaños que pueden destruir la relación más adelante.

- Iniciar la conversación sobre temas generales, abordando cuestiones más personales de forma gradual en posteriores contactos. Se trata de respetar el ritmo de la persona en cuanto a qué información desea auto-revelar en cada momento de la intervención. En este mismo sentido, es necesario juzgar en qué momento se puede pasar de la conversación a ofrecer un servicio.
 - Hacer sentir a la persona que es importante y que la información que da no tiene que volver a repetirla:
 - En este sentido, se recuerdan todos los aspectos de anteriores conversaciones con la persona, tales como gustos, aficiones o intereses, como prueba de la atención del profesional y el reconocimiento de la importancia de los deseos y necesidades de la persona.
 - Planificar contactos “sin prisa”, es decir, con la suficiente duración como para que la persona sienta que se le está prestando atención y se le está dejando el tiempo necesario.
 - Por otro lado, si se incluye a algún otro profesional en el proceso de intervención, se comparte toda la información necesaria de tal manera que la persona en aislamiento no sienta que “pierde el tiempo” o que tiene que contar su situación una y otra vez, sino que la percepción sea que todos los profesionales que le atienden son parte de un único equipo.
 - Intentar terminar todos los contactos de una manera positiva. Si la persona se muestra poco receptiva, grosera o agresiva, los profesionales se retiran en ese momento y regresan más tarde.
9. Se mantiene una coordinación fluida con el trabajador social de zona y el responsable de la coordinación con el SAP en Servicios Sociales.

Protocolo de evaluación

Una vez que se ha conseguido un nivel de enganche inicial, se comienzan en paralelo las labores de evaluación psicológica y social del nuevo caso. De la misma manera que en el protocolo de contacto y enganche, este proceso de evaluación se realiza siempre que es posible en el hogar de la persona o en los lugares de la comunidad que frecuente; no se traslada a la persona a una consulta o a otros lugares ajenos a su rutina diaria. El proceso conlleva el empleo de técnicas estandarizadas e individualizadas, así como de estrategias cuantitativas y cualitativas.

A continuación se describe el protocolo de evaluación en los siguientes puntos:

- 1) Áreas de evaluación
- 2) Instrumentos de evaluación
- 3) Fuentes de información

1) Áreas de evaluación

La evaluación clínica en las personas mayores tiene, en principio, las mismas características que la de cualquier otra persona. Sin embargo, por su edad y frecuentes enfermedades asociadas, precisa una valoración geriátrica integral, esto es, clínica, funcional, mental y social, ya que todos estos aspectos se relacionan.

Se denomina valoración geriátrica al “proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que el paciente anciano presenta; durante este proceso se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y, finalmente, se elabora un plan de cuidados progresivo, continuado y coordinado dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores” (Pérez del Molino y Moya, 1994).

Los principios básicos de la valoración psicogerontológica son los siguientes (Pérez del Molino y Moya, 1994):

- Por la complejidad de sus problemas, muchas personas mayores necesitan una aproximación diagnóstica y terapéutica especial, más amplia e interdisciplinaria que las personas jóvenes.

- En las personas mayores existe una prevalencia alta de enfermedades, disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas.
- Muchas personas mayores deterioradas pueden responder espectacularmente al tratamiento.
- Ninguna persona mayor debiera ser institucionalizada sin una cuidadosa valoración física, funcional, mental y social, así como la mayoría, sin un intento de rehabilitación.

Siguiendo a estos mismos autores, los objetivos de la valoración psicogerontológica son los siguientes:

- Mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación de los problemas.
- Establecer unos objetivos y asegurar un plan de cuidados racional.
- Conocer la situación de la persona que permita predecir su evolución y observar cambios en el transcurso del tiempo.
- Asegurar una utilización adecuada de los servicios.
- Determinar un emplazamiento óptimo y evitar la institucionalización.

Desde la Psicología, uno de los enfoques más importantes de investigación gerontológica surge a partir del modelo bio-psico-social. Desde esta perspectiva, la vejez y el envejecimiento deben considerarse desde una perspectiva multidimensional e integradora teniendo en cuenta aspectos biológicos, sociales y psicológicos. Este complejo conjunto de aspectos multidimensionales que han de examinarse a la hora de evaluar el comportamiento de una persona mayor hace referencia a variables ambientales históricas (físicas, culturales, sociales, etc.), a aspectos socioambientales y personales actuales, y a las características biológicas del organismo y su estado de salud.

Los aspectos o áreas que hay que valorar durante el proceso de valoración psicogerontológica han ido ampliándose a medida que se ha hecho patente la necesidad de una evaluación exhaustiva de la población, cada vez mayor, de personas que superan los 65 años de edad. En este sentido, distintos autores han propuesto diferentes dimensiones a tener en cuenta a la hora de realizar una valoración de las personas mayores. En la Tabla 4.7, se recogen las propuestas que se acercan a esta perspectiva multidimensional, indicando el autor/es y las áreas de evaluación que proponen.

Tabla 4.7. Áreas de evaluación en psicogerontología.

Autor	Áreas de evaluación
Kane, Kane & Carrillo (1993)	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad física - Funcionamiento mental - Funcionamiento social
Pérez del Molino & Moya (1994)	<ul style="list-style-type: none"> - Salud física - Estado funcional - Percepción y comunicación - Salud psicológica - Situación socioeconómica-ambiental
Montorio (1994)	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de la vida diaria - Salud - Funcionamiento afectivo - Funcionamiento cognitivo - Funcionamiento social
Reig & Fernández-Ballesteros (1994)	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de la vida diaria - Estado funcional (o funcionamiento) en salud mental - Funcionamiento psicosocial o bienestar emocional en el contexto social y cultural - Salud física - Recursos sociales - Recursos económicos - Recursos ambientales
Moreno & Vacas (1996)	<ul style="list-style-type: none"> - Salud física - Funcionamiento mental y cognitivo - Estilos de afrontamiento - Sistemas de soporte social - Sucesos estresantes - Moral - Bienestar - Habilidades para la vida - Conducta adaptativa - Ambiente
Wilcock, Bucks & Rockwood (1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación psiquiátrica: depresión, ansiedad, psicosis, alteraciones conductuales - Evaluación neuropsicológica: memoria, lenguaje, praxias, habilidades perceptivo-visuales, atención, orientación, habilidades funcionales - Evaluación del funcionamiento: actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
Fernández-Ballesteros & Zamarrón (1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Estado mental - Habilidades funcionales - Estado de ánimo - Integración social - Calidad ambiental - Calidad de vida
Burns, Lawlor & Craig (1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Evaluación neuropsicológica y neuropsiquiatra - Actividades de la vida diaria - Calidad de vida

	<ul style="list-style-type: none"> - Salud mental general - Examen físico - Delirium - Evaluación a los cuidadores - Memoria
Rodríguez (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica - Valoración funcional global - Valoración funciones mentales (cognición y estado del humor) - Valoración social
Serna (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración somática y neurológica - Exploración psicopatológica (humor, memoria, lenguaje, praxias, gnosias, atención y comportamiento) - Exploración psicológica (ansiedad, depresión, estado mental, capacidad funcional y funcionamiento social)
Ruipérez (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica - Valoración funcional - Valoración mental - Valoración social
Rodríguez (2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración funcional - Valoración del estado cognitivo - Apoyo social - Evaluación de las dificultades del medio físico
Orozco (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración funcional - Valoración conductual - Valoración cognitiva

En general, todos los autores coinciden en que las áreas generales de evaluación de las conductas objetivo en esta población tienen que ver con el funcionamiento o competencia física, el estado funcional, el funcionamiento mental o competencia psicológica y el funcionamiento social o competencia afectiva e interpersonal-social.

Siguiendo las propuestas de la literatura existente, las dimensiones o áreas que son exploradas en la población mayor que es atendida desde el SAP son las siguientes:

- Evaluación clínica (salud física)
- Evaluación funcional: funcionamiento global y discapacidad
- Evaluación del funcionamiento psicológico y cognitivo
- Evaluación del funcionamiento social
- Evaluación de necesidades

A continuación, se expone en detalle los aspectos concretos que el SAP evalúa dentro de cada una de estas áreas.

1. Evaluación clínica (salud física). Los aspectos que se valoran en esta área por parte del SAP son los siguientes:

- Enfermedades previas y utilización de servicios sanitarios.
- Valoración de síntomas y signos físicos.
- Valoración de algunos síndromes geriátricos, entre ellos, la malnutrición, la inestabilidad y caídas, el inmovilismo, la incontinencia urinaria y fecal, los trastornos del sueño, el dolor, la automedicación, el déficit sensorial (visión / audición insuficiente), los problemas en la comunicación, etc.

2. Evaluación funcional: funcionamiento global y discapacidad. Los aspectos que se valoran en esta área por parte del SAP son los siguientes:

- Ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD). Estas actividades se dividen en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que indican la capacidad de realizar tareas de autocuidado de la persona, entre ellas, alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse, deambulación, etc; actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que indican la capacidad de la persona para vivir de forma independiente en la comunidad, por ejemplo, realización de tareas del hogar, realización de compras, manejo de la medicación y del dinero, etc.; y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), que indican la ejecución de actos más complejos, entre ellos, empleo, tareas en el tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, etc.
- Funcionamiento global en el hipotético continuo salud-enfermedad propuesto por la APA (2002) en el DSM-IV-TR.
- Discapacidad en cuanto al cuidado personal y funcionamiento ocupacional, familiar y en el contexto social.

3. Evaluación del funcionamiento psicológico y cognitivo. Los aspectos que se valoran en esta área por parte del SAP son los siguientes:

- Valoración de algunos síndromes geriátricos, entre ellos, deterioro cognitivo (confusión mental), depresión y ansiedad, aislamiento, etc.
- Evidencia de sintomatología que haga sospechar de alguna patología o trastorno concreto.
- En general, se siguen los siguientes pasos (Vázquez y Muñoz, 2002; Baños y Perpiñá, 2002):

- Paso 1: Observación. Descripción general. Se observa a la persona en los primeros segundos de contacto personal:
 - Apariencia. Descripción del aspecto de la persona y de la impresión física global que transmite (por ejemplo, sexo, edad, estado nutricional, higiene, vestido, etc).
 - Conciencia. Existen cuatro niveles básicos de conciencia: alerta / despierto, letargia, estupor y coma. La evaluación se puede desarrollar con personas alertas o levemente letárgicas. En cualquier otro caso, la evaluación se detiene y la intervención se dirige a conseguir un estado de alerta.
 - Conducta motora. Se evalúan aspectos como la postura, los movimientos psicomotores, los movimientos faciales y corporales que expresen afecto, el contacto ocular, los movimientos anormales, etc.
 - Actitud hacia los profesionales del SAP.
- Paso 2: Conversación. Se inicia una conversación informal para la evaluación de algunos procesos básicos, tales como:
 - Atención. Se evalúa la atención general, la atención selectiva y la atención focalizada.
 - Lenguaje. Se evalúa la articulación, el ritmo, la fluidez, la gramática, los aspectos formales, el afecto a través del lenguaje, etc.
 - Pensamiento. Se evalúa la concreción/dispersión, la capacidad de asociación, la perseveración, los bloqueos y cambios bruscos, la fuga de ideas, las incongruencias, la divagación, la mezcla de palabras, la educación e inteligencia, el pensamiento abstracto, el contenido, el curso del pensamiento, etc.
 - Orientación. Se evalúa la orientación en espacio, tiempo y persona, así como la orientación actual y vital e histórica.
 - Memoria. Se evalúa la memoria a corto y largo plazo, la biográfica, la memoria sobre temas sociales, las distorsiones, etc.
 - Afecto. Se evalúan, entre otros, aspectos relativos a la comunicación, la motivación y el estado de ánimo.
- Paso 3: Exploración. Las variables más frecuentes son:
 - Emociones (estado de ánimo, expresión afectiva, adecuación)
 - Nivel de energía.

- Percepción sensorial (alteraciones perceptivas: alucinación, ilusión, despersonalización y desrealización) y social.
- Inteligencia.
- Capacidad para controlar los impulsos.
- Nivel de energía.
- Capacidad de juicio.
- Introspección e insight. Conciencia de enfermedad.
- Paso 4: Aplicación de escalas. La observación, la conversación y la exploración pueden llevar a los profesionales del SAP a decidir que es conveniente administrar a la persona alguna escala o cuestionario de valoración específico, por ejemplo, el Mini examen del estado mental (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adaptación española de Lobo, et al., 1999).

4. Evaluación del funcionamiento social. Los aspectos que se valoran en esta área por parte del SAP son los siguientes:

- Relaciones sociales (familiares, amigos, vecinos, etc.)
- Relaciones significativas de apoyo y ayuda.
- Accesibilidad a familiares, amigos, profesionales, voluntarios y disponibilidad de éstos cuando los precisa.
- Utilización pasada de servicios sociales (ayuda a domicilio, centro de día, etc.) y expectativas o deseo de utilización en el futuro.
- Estado de la vivienda (confortabilidad y habitabilidad)...
- Ingresos económicos.
- Rutina diaria (actividades frecuentes)
- Actividades de ocio.

5. Evaluación de necesidades. Dado que la planificación de intervenciones parte de un análisis de los problemas existentes y de las necesidades derivadas, de forma transversal a la valoración de las áreas mencionadas anteriores, se evalúan las necesidades no cubiertas que presenta la persona. Supone un proceso sistemático que permite establecer prioridades y tomar decisiones sobre la aplicación de recursos y el establecimiento de metas y objetivos.

2) Instrumentos de evaluación

Respecto a los instrumentos de evaluación y partiendo de la base de que las principales técnicas de evaluación psicológica son la entrevista, las escalas y cuestionarios estandarizados, los autoinformes, la observación directa, las medidas psicofisiológicas y las pruebas cognitivas, la pregunta que surge a la hora de diseñar el protocolo de evaluación del SAP es cuáles de estas técnicas puede utilizar el Servicio en su proceso de evaluación teniendo en cuenta las características de la población objeto de estudio.

Para la selección de las técnicas e instrumentos de valoración se han tenido en cuenta dos características de este estudio:

- a) por un lado, que la muestra está compuesta por población mayor de 65 años y se necesitarán instrumentos psicogerontológicos.
- b) por otro lado, que uno de los intereses fundamentales del estudio es la evaluación de los resultados del propio Servicio y, por tanto, se necesitarán instrumentos de evaluación de resultados.

a) Instrumentos psicogerontológicos.

Respecto a la primera característica, el hecho de que la muestra sean personas mayores de 65 años, en la evaluación psicogerontológica es muy frecuente la utilización de escalas para la valoración y cuantificación de los aspectos funcionales y psicológicos de la persona mayor. Las escalas no sustituyen la valoración clínica semiestructurada o no estructurada, pero la utilización de escalas sencillas, fáciles de aplicar y bien validadas facilita el proceso de valoración y lo hace más objetivo.

La utilidad de las escalas podría resumirse en los siguientes puntos (Pérez del Molino y Moya, 1994):

- Permiten una mayor objetividad y reproducibilidad de la valoración.
- Mejoran la detección del deterioro o incapacidad no reconocidos durante la entrevista por la persona.
- Cuantifican el grado de deterioro, incapacidad o dependencia, lo que permite predecir el curso de la enfermedad (valor pronóstico), recomendar el nivel óptimo y el tipo de cuidados que requiere la persona, servir como guía en la

toma de decisiones y selección de intervenciones y supervisar la evolución de la persona con mayor precisión.

- Ayudan a mejorar la evaluación de la calidad de los cuidados de una forma más objetiva.
- Facilitan la transmisión e intercambio de información entre profesionales al constituir un lenguaje común.
- Son instrumentos útiles tanto para la investigación, como para la docencia y la planificación sociosanitaria de recursos.
- No obstante, no conviene aplicarlos de forma indiscriminada. Su aplicación y posterior valoración puede resultar perjudicial si se sobreinterpretan o malinterpretan los resultados, sobre todo en el caso de escalas que evalúan deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, calidad de vida y situación social.

Antes de seleccionar una escala, se han tenido en cuenta los siguientes puntos:

- Asegurarse de que la escala recoge la información objeto de interés. Los principales objetivos que se persiguen a la hora de aplicar una escala son los siguientes:
 - a) Descripción de la situación basal de la persona.
 - b) Detección de factores de riesgo o problemas no descubiertos.
 - c) Detección de criterios diagnósticos.
 - d) Establecer objetivos de intervención o rehabilitación.
 - e) Monitorizar el desarrollo de la intervención.
- Revisar sus propiedades psicométricas. Éstas deben ser óptimas en cuanto a fiabilidad y validez se refiere:
 - Fiabilidad de la escala (distintos evaluadores obtendrán el mismo resultado al pasar la escala a la misma persona de manera independiente).
 - Validez de la escala, tanto concurrente (mide aquello que dice medir), como discriminante (discrimina entre aquellas personas que tienen aquel factor o deterioro que mide de aquellas personas que no lo tienen).
- Seleccionar instrumentos creados específicamente para su uso con personas mayores, o en su caso, que estén baremados para esta población.
- Elegir pruebas, en la medida de lo posible, traducidas y adaptadas en España.

- Sensibilidad al cambio de la escala, es decir, su capacidad para detectar alteraciones o cambios en el estado de la persona evaluada.
- Hacer especial hincapié en la elección de instrumentos breves, sencillos y fáciles de entender.
- Profesional y tiempo requerido para su aplicación.
- Por quién y en qué servicio o nivel asistencial se llevará a cabo su aplicación.
- Revisar que las pruebas elegidas sean recomendadas por distintos autores en la literatura científica.

b) Instrumentos desde el punto de vista de la evaluación de resultados.

Por otro lado y desde el punto de vista de la evaluación de resultados, existe bastante acuerdo en cuanto a las consideraciones que se deben tener en cuenta a la hora de elegir una medida de resultados. Green y Gracely (1987) indican que, por un lado, el primer objetivo de una medida de resultados es evaluar la efectividad como una rutina, usando material clínico muy breve e instrumentos que no sean específicamente diagnósticos; y, por otro lado, el segundo objetivo de una medida de resultados es utilizar los resultados para mejorar el tratamiento.

Andrews, Peters y Teesson (1994), tras una revisión de medidas de este tipo para personas adultas, plantean los siguientes criterios y consideraciones que debe tener una medida de resultados:

1. Aplicables: la medida recogerá dimensiones que sean importantes para los usuarios (síntomatología, discapacidad y satisfacción del usuario con la atención recibida) y para los clínicos (a la hora de planificar y seguir una intervención). La medida aportará información con un formato que facilite la planificación de servicios.
2. Aceptables: la medida será corta, y su propósito e interpretación serán claros.
3. Prácticas: hace referencia a cuestiones que conlleva el uso de estas medidas, como es la carga que suponen para los usuarios y profesionales en términos de tiempo, coste, necesidad de entrenamiento en su uso y grado de habilidad que se requiere para su puntuación e interpretación.
4. Válidas: deben medir lo que se pretende medir.
5. Fiables: Se obtendrá la misma puntuación en esa medida cuando dos evaluadores la aplican a la misma persona.

6. Sensibles al cambio: el empleo sucesivo de la medida a un mismo usuario indicará si se ha producido un cambio clínico significativo.

De forma específica, la evaluación de resultados en personas mayores requiere, por un lado, la valoración de unos dominios específicos, así como el empleo de medidas de resultados adaptadas a esta población.

Es escaso el número de medias de resultados para personas mayores, en contraste con la proliferación de medidas de evaluación para mayores, no específicamente de resultados (Ausín & Muñoz, 2004).

El II Plan Nacional de Salud Mental Australiano contiene siete medidas para evaluar los resultados de las intervenciones para personas mayores, utilizándose con éxito por los servicios de este país desde hace varios años (Department of Health and Aged Care, 1999), incluidos también en la revisión que realizaron Andrews, Peters & Teesson (1994): Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults (HoNOS65+, Burns et al., 1999a); Life Skills Profile (LSP-16, Rosen & Rosen, 1989; Parker, Rosen, Emdur & Hadzi-Pavlov, 1991); Resource Utilisation Groups – Activities of Daily Living (RUG-ADL, Fries et al., 1994); Focus of Care (FoC, Buckingham, Burgess, Solomon, Pirkis & Eagar, 1998); Kessler 10 Plus (K-10+, Kessler & Mroczek, 1994); Behaviour and Symptom Identification Scale (BASIS-32, Eisen, Dill y Grob, 1994); Mental Health Inventory (MHI-38, Veit & Ware, 1983).

En conclusión, teniendo en cuenta las directrices y recomendaciones acerca de la elección de los instrumentos de evaluación expuestas anteriormente, los instrumentos empleados por el SAP para evaluar las distintas áreas de evaluación psicogerontológica son los siguientes:

- Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007)
- EEFG Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (American Psychiatric Association, 2000; versión española en Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).
- Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S) (Janca et al., 1996; adaptación española de Organización Mundial de la Salud, 2000).

- Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE) (Reynolds et al., 2000; adaptación española de Ybarzábal, Mateos, García, Amboage & Fraguera, 2002)
- Escalas de valoración de sintomatología de un trastorno concreto ante la sospecha de la existencia de dicho trastorno. Algunos ejemplos son la Escala Breve de Valoración de Síntomas Psiquiátricos (BPRS) (Overall & Gorham, 1962; adaptación española de Peralta & Cuesta, 1994); Mini examen del estado mental (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adaptación española de Lobo et al., 1999); etc.

Dadas las características de la muestra acerca del rechazo de intervenciones previas y reticencia a la presencia de los profesionales, ninguno de los instrumentos seleccionados debe ser cumplimentado por la persona evaluada, sino que serán valorados por los profesionales del SAP en función de la información recabada a través de observación directa y entrevista. De esta manera, se simplifica y se facilita el proceso de evaluación de esta población.

En la Tabla 4.8 se recoge la relación entre las áreas de valoración psicogerontológica evaluadas por el SAP, los aspectos evaluados en cada una de ellas y los instrumentos empleados.

Tabla 4.8. Áreas de evaluación psicogerontológica, aspectos evaluados e instrumentos de evaluación empleados por el SAP.

Área de evaluación	Aspectos evaluados	Instrumentos de Evaluación
1. Evaluación clínica (salud física).	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades previas y utilización de servicios sanitarios. - Valoración de síntomas y signos físicos. - Valoración de síndromes geriátricos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007)
2. Evaluación funcional: funcionamiento global y discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de las actividades de la vida diaria: básicas, instrumentales y actividades avanzadas. - Funcionamiento global. - Discapacidad en cuanto al cuidado personal y funcionamiento ocupacional, familiar y en el contexto social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG) (American Psychiatric Association, 2000; versión española en Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). - Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S) (Janca et al., 1996; adaptación española de Organización Mundial de la Salud, 2000)
3. Evaluación del funcionamiento psicológico y cognitivo.	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de síndromes geriátricos. - Sintomatología psiquiátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007). - Escalas de valoración de sintomatología de un trastorno concreto ante la sospecha de la existencia de dicho trastorno.
4. Evaluación del funcionamiento social.	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sociales. - Relaciones significativas de apoyo y ayuda. - Accesibilidad y disponibilidad de apoyos formales e informales. - Utilización pasada de servicios sociales y expectativas o deseo de utilización en el futuro. - Estado de la vivienda. - Ingresos económicos. - Rutina diaria (actividades frecuentes) - Actividades de ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007)
5. Evaluación de necesidades.	Evaluación transversal de necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE) (Reynolds et al., 2000; adaptación española de Ybarzábal, Mateos, García, Amboage & Fraguera, 2002)

3) Fuentes de información

Para esta evaluación, se tienen en cuenta las siguientes fuentes de información:

- La propia persona mayor objeto de la evaluación.
- Agentes facilitadores formales e informales (descritos en el “protocolo de contacto y enganche”).

Protocolo de intervención

A continuación, se describe el proceso de intervención del SAP mediante la siguiente estructura:

- a) Objetivo y características de la intervención.
- b) Agentes facilitadores implicados en el proceso de intervención.
- c) Intervención por áreas de valoración.
- d) Niveles de intervención.

a) Objetivo y características de la intervención.

El objetivo general de la intervención es lograr un acercamiento a las personas mayores frágiles con claro riesgo de aislamiento social que permita conducir esas situaciones a la normalización, asignando los recursos sociales oportunos en cada caso o, en último extremo, apoyando el internamiento involuntario y/o la incapacitación legal. De manera más específica, durante la intervención, el objetivo principal de intervención del SAP no es el de tratar de forma directa los problemas sociales o de salud mental que pueda presentar la persona, sino que el planteamiento prioritario es el de normalizar la atención y conectar o “reconectar” a la persona con la red de atención socio-sanitaria normalizada, donde se podrá dar respuesta a aquellos problemas sociales o de salud que la persona presente. Es decir, el SAP pone en contacto a la persona mayor con los servicios sociales de su zona, con el centro de salud mental de su área o con los servicios sanitarios de atención primaria o especializada que la persona pudiera requerir para que puedan recibir la atención precisa en cada ocasión. En estos casos, la labor del SAP se centra tanto en la detección de los problemas y el acompañamiento social y psicológico para el inicio y continuidad de los tratamientos e intervenciones necesarios en cada caso como en cambiar la actitud del mayor en aislamiento social

consiguiendo que acepte recibir las ayudas que necesita y que ha estado rechazando hasta el momento.

Tal y como se ha avanzado a lo largo del capítulo y siguiendo los principios básicos de calidad, búsqueda activa, seguimiento de caso, atención individual y continuidad en la atención, la intervención tiene las siguientes características generales (han sido desarrolladas con mayor profundidad en apartados anteriores):

- Proporción baja de casos asignados para cada profesional (15:1).
- Trabajo en equipo interdisciplinar.
- Flexibilidad horaria en la atención.
- Acercamiento asertivo, con una actitud activa de búsqueda (“outreach”) y de evitación de abandonos y con intervenciones fundamentalmente en los domicilios y en la comunidad.
- Programación del trabajo centrada en la persona y sus particularidades y necesidades, es decir, planificación de intervenciones específicas para cada persona atendida, mediante la realización del Plan individual de atención (PIA). El diseño de este Plan se basa en las necesidades detectadas en la persona, así como en la posibilidad de recibir diferentes ayudas y recursos. La intervención se diseña de forma individualizada para cada persona y situación y debe incluir todas las acciones y estrategias de intervención previstas situadas en un marco temporal acorde con las necesidades detectadas durante el proceso de evaluación. El Plan Individual de Atención se revisa y actualiza mensualmente.
- Se lleva a cabo un tratamiento completo, que abarca distintas áreas problemáticas de la persona:
 - Intervención en el área clínica (salud física).
 - Intervención en el área funcional: funcionamiento global y discapacidad.
 - Intervención en el área del funcionamiento psicológico y cognitivo.
 - Intervención en el área del funcionamiento social.
 - Intervención en el área de necesidades no cubiertas.
- Se cuenta con la colaboración de agentes facilitadores formales e informales que puedan facilitar el logro de los objetivos del PIA.

b) Agentes facilitadores implicados en el proceso de intervención.

Tal y como se ha expuesto anteriormente, el SAP cuenta con una serie de agentes facilitadores tanto del contacto y enganche con la persona, sobre todo en los primeros momentos, como de la evaluación, actuando como fuentes de información imprescindibles. De la misma manera, durante todo el proceso de intervención, participan de la misma, y así se refleja en el Plan Individual de Atención, una serie de agentes facilitadores formales (profesionales de salud, personal de centros de mayores, etc.), e informales (familiares, amigos, vecinos, portero, etc.).

De forma específica, se propone la actuación con los vecinos como una estrategia más de intervención que facilite en cada caso el logro de los objetivos fijados para cada persona. Siguiendo las líneas directrices del “Programa Buen Vecino” realizado en Barcelona (2002), esta intervención con los vecinos persigue los siguientes objetivos:

- Combatir el estigma, mediante la información y la participación activa de los vecinos en el proceso de intervención de la persona.
- Fomentar dicha participación activa proponiendo a los vecinos interesados que se conviertan en agentes facilitadores del programa transformándose en una fuente de apoyo y ayuda.

Las actuaciones que se llevarán a cabo con los vecinos serán las siguientes:

- Detectar y ponerse en contacto con los vecinos que presenten el perfil del Buen Vecino/a, es decir, aquellas personas que:
 - Tengan voluntad de relación y colaboración.
 - Estén comprometidas con la vida de los demás y con la vida en el barrio.
 - Quieren aportar algo positivo, que dan importancia a los valores de la solidaridad, del respeto, la convivencia, la dignidad etc.
 - Dispongan de tiempo libre, por escaso que sea. Especialmente para desarrollar tareas y acciones vinculadas al ámbito afectivo (hacer compañía, conversar, realizar alguna compra, etc.).
 - Según la experiencia del “Programa Buen Vecino”, los vecinos que más colaboraron presentaban estas características:
 - Eran mayoritariamente mujeres.
 - De entre 50 y 65 años.
 - Por norma general vivían solas (viudas, solteras o separadas).

- El 30% formaba parte de alguna asociación o entidad.
- Indicar a los vecinos las actuaciones que pueden realizar a la hora de servir de enlace entre la persona mayor aislada y el resto de recursos de atención a las personas mayores, desde el propio SAP hasta los servicios de emergencias, Servicios Sociales, etc. Algunas indicaciones que se dan a los vecinos, a modo de ejemplo, son las siguientes:
 - El “control” de las luces de la casa de la persona mayor como medida de aviso. Si éstas están demasiado tiempo apagadas puede significar algo, y viceversa, si están encendidas en momentos en que no acostumbran a estarlo también puede indicar alguna situación anómala.
 - Vigilar que la puerta de la casa de la persona mayor esté bien cerrada por la noche antes de acostarse.
 - Controlar que la persona mayor saca la basura con la asiduidad acostumbrada (sobre todo para porteros de la finca).
 - Estar atentos a otros pequeños detalles cotidianos (si la ropa pasa demasiado tiempo tendida en las cuerdas del tendedero, si el buzón de la persona mayor se va llenando de cartas y publicidad sin que ésta lo recoja, etc).
- De nuevo basándonos en la experiencia del “Programa Buen Vecino”, se propone a los buenos vecinos que colaboren en el SAP con la participación en las siguientes actividades:
 - Apoyo en la realización de algunas pequeñas gestiones (realizar pequeñas compras como comprar el pan, bajar la basura a la calle, lectura del gas y la luz, ir a la farmacia a por medicamentos etc.).
 - Tener presente su estado de salud (preocuparse si no les han visto en muchos días, llamarles para preguntar etc.).
 - Hacerles compañía, compartir algunos momentos, etc.
 - Hacerles más partícipes de la vida en el barrio, recordarlos en fechas señaladas (cumpleaños, navidad, etc.).

De esta forma, los vecinos pueden actuar como “vigilantes”, advirtiéndolo tanto al SAP como a los Servicios Sociales o los servicios de emergencia de cualquier novedad o alarma en el estado de la persona mayor en aislamiento social.

c) Intervención por áreas de valoración.

Resulta imposible detallar de forma breve todas las acciones y estrategias de intervención empleadas, dado que el SAP utiliza todas aquellas estrategias y técnicas de intervención psicológica que puedan resultar útiles en cada ocasión. No obstante, puede hacerse una diferenciación entre las áreas de valoración psicogerontológica sobre las que interviene el Servicio:

Intervención en el área clínica (salud física).

- Objetivo: Aceptación y enganche de la persona (o en algunos casos, mantenimiento) de los servicios de salud normalizados, tanto a nivel primario (salud primaria) como especializado (geriatria, psiquiatria, etc).
- Técnicas: Se emplean diversas técnicas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, la intención paradójica, la explicación de la información y de su situación de salud en términos que la persona pueda entender, promover la adherencia a la medicación, etc., así como el propio acompañamiento a la consulta o la coordinación con alguien que pueda hacerlo. Por otro lado, la coordinación con los centros de salud puede ser informal (llamadas telefónicas, correo electrónico, etc.) o formal (redacción o petición de informes de valoración por parte del SAP para los profesionales sanitarios).
- Agentes implicados: Todos los agentes informales (familiares, amigos, vecinos...) y formales de la comunidad, pero sobre todo, los profesionales de salud (médico de atención primaria, enfermería, trabajo social, geriatría...)

Intervención en el área funcional: funcionamiento global y discapacidad.

- Objetivo: Aceptación y enganche de la persona de aquellos recursos que prestan ayudas en las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales (servicio de ayuda a domicilio, servicio de comida a domicilio, servicio de lavandería, etc). Habitualmente estos servicios son provistos por los Servicios Sociales, pero también pueden provenir de otras organizaciones tales como Cáritas, Cruz Roja, organizaciones de voluntarios, etc.

- Técnicas: Se emplean diversas técnicas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, la confrontación con la realidad, la solución de problemas y toma de decisiones, dar información sobre los diferentes recursos existentes, etc., así como la mediación entre la persona mayor que demanda el servicio y los agentes proveedores del mismo (apoyo a la entrega de documentación, acompañamiento a los profesionales de ayuda a domicilio, u otro recurso aceptado, el primer día de entrada al domicilio, etc.)
- Agentes implicados: Todos los agentes informales y formales de la comunidad, pero sobre todo, los profesionales de servicios sociales y de aquellos recursos facilitados por ellos (profesionales de los Servicios Sociales municipales, del servicio de ayuda a domicilio, etc.).

Intervención en el área del funcionamiento psicológico y cognitivo.

- Objetivo: Aceptación y enganche de la persona (o en algunos casos, mantenimiento) de los servicios de salud normalizados, tanto a nivel primario (salud primaria) como especializado (especialmente neurología, geriatría y salud mental: psiquiatría/psicología).
- Técnicas: Se emplean diversas técnicas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, planificación de actividades, desarrollo de conductas gratificantes (máxime si implican contacto social), técnicas de desahogo emocional, técnicas de reducción de la activación fisiológica, técnicas de solución de problemas y toma de decisiones, la explicación de la información y de su situación de salud mental en términos que la persona pueda entender, promover la adherencia a la medicación, etc., así como el propio acompañamiento a la consulta o la coordinación con alguien que pueda hacerlo. Por otro lado, la coordinación con los centros de salud puede ser informal (llamadas telefónicas, correo electrónico, etc.) o formal (redacción o petición de informes de valoración por parte del SAP para los profesionales sanitarios).
- Agentes implicados: Todos los agentes informales y formales de la comunidad, pero sobre todo, los profesionales de salud (médico de atención primaria, enfermería, trabajo social, psiquiatría, psicología, neurología, geriatría...)

Intervención en el área del funcionamiento social.

- Objetivo: Crear, mejorar y/o mantener la red de apoyo social de la persona, tanto a nivel informal como a nivel formal de la siguiente manera:
 - Favorecer el acercamiento de la persona a sus familiares y amigos.
 - Conseguir el apoyo vecinal y, simultáneamente, desestigmatizar a la persona en aislamiento social en su comunidad.
 - Lograr la aceptación de recursos de apoyo existentes en las redes de personas mayores tales como centros de mayores, asociaciones de voluntariado, etc.
 - Favorecer la estabilidad de las redes sociales adquiridas, apoyando a la persona para que mantenga las relaciones y el contacto periódico con las personas nuevas que vaya conociendo.
 - Fomentar las actividades de ocio, buscando y seleccionando actividades, informando sobre los trámites a realizar; acompañando a la actividad en un primer momento y siguiendo el desarrollo de la misma en el tiempo.
- Técnicas: Se emplean diversas técnicas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, planificación de actividades de ocio, técnicas de reducción de la activación fisiológica, técnicas de solución de problemas y toma de decisiones, etc. Por otro lado, el SAP ejerce el papel de mediador entre la persona mayor que demanda el servicio o la actividad social y los agentes proveedores del mismo (apoyo a la entrega de documentación, etc.)
- Agentes implicados: Todos los agentes informales y formales de la comunidad (profesionales de los Servicios Sociales, distintas organizaciones de voluntariado, profesionales de los centros de mayores, etc.)

Intervención en el área de necesidades no cubiertas.

- Objetivo: Cubrir aquellas necesidades no cubiertas de la persona.
- Técnicas: Dado que el área de las necesidades no cubiertas es transversal a las cuatro áreas de valoración psicogerontológica, se emplean todas las técnicas mencionadas anteriormente.
- Agentes implicados: Todos los agentes informales y formales de la comunidad.

Cabe resaltar que, en todo momento, el SAP cuenta con la colaboración y coordinación estrecha con los Servicios Sociales de cada distrito.

d) Niveles de intervención.

La intervención se articulará en torno a tres niveles:

- Nivel I: Intervención para la Normalización.
- Nivel II: Intervención para la Contención de la situación.
- Nivel III: Intervención para la Custodia (ingreso no voluntario en residencia y/o incapacitación legal)
- Casos de verificación de no aislamiento

Nivel I. Intervención para la Normalización: “Grupo de normalización”

Incluye aquellos casos que son susceptibles de normalización. En estos casos se inicia la intervención con el objetivo de detener la situación de aislamiento de la persona mediante la aceptación de recursos formales (los propios de la red sociosanitaria) e informales (apoyo de familiares, vecinos, etc.). Son casos en los que los posibles trastornos o problemas pueden ser abordados desde el propio SAP, con la ayuda de los servicios sociales y sanitarios.

Nivel II. Intervención para la Contención de la situación: “Grupo de contención o mantenimiento”

Incluye aquellos casos en los que ni la normalización ni la custodia son las vías de intervención adecuadas. En estos casos, se realiza una labor de contención y mantenimiento mediante contactos frecuentes con el propio usuario y su red de apoyo formal e informal con el objetivo de detectar lo más rápidamente posible cualquier cambio en su situación que favorezca una intervención, bien hacia la normalización, bien hacia la custodia.

Nivel III. Intervención para la Custodia (ingreso no voluntario en residencia o incapacitación): “Grupo de custodia”.

Incluye aquellos casos cuyo nivel de deterioro es irrecuperable. En estos casos, la intervención del SAP tras hacer la evaluación de la persona, consiste en elaborar un informe de valoración psicológica que se adjunta junto con el resto de documentación

necesaria, a través de los Servicios Sociales, a la Fiscalía de Mayores. Con este informe técnico se pretende apoyar el inicio y/o agilización de los trámites para el ingreso no voluntario de la persona mayor en un centro residencial y, si así se estima, la incapacitación de la persona mayor, como medida de protección ante una situación clara de desprotección y de riesgo. En función de la evolución de la intervención y de las necesidades de la propia persona en aislamiento, el nivel de intervención con la persona puede cambiar a uno u otro.

Casos de verificación de no aislamiento

En ocasiones, una vez realizada la evaluación, habiendo obtenido información de diversas fuentes, y ya iniciado el proceso de intervención, el SAP verifica que la situación de la persona mayor no es realmente de aislamiento. En estos casos:

1. Respecto a los resultados de la evaluación, se envía al trabajador social de zona un informe de valoración completo (salud, funcionamiento psicológico y social, funcionamiento global, discapacidad y necesidades) junto con un resumen de la intervención llevada a cabo.
2. Respecto a la intervención, se suspende la intervención, no sin antes asegurarse por parte del SAP de que la persona tiene apoyos o recursos de referencia que le atienden en su situación de fragilidad. El seguimiento de la intervención con esta persona lo realizará el centro de Servicios Sociales del distrito.

En la figura 4.2 puede verse un esquema del proceso de actuación en el Protocolo de Intervención.

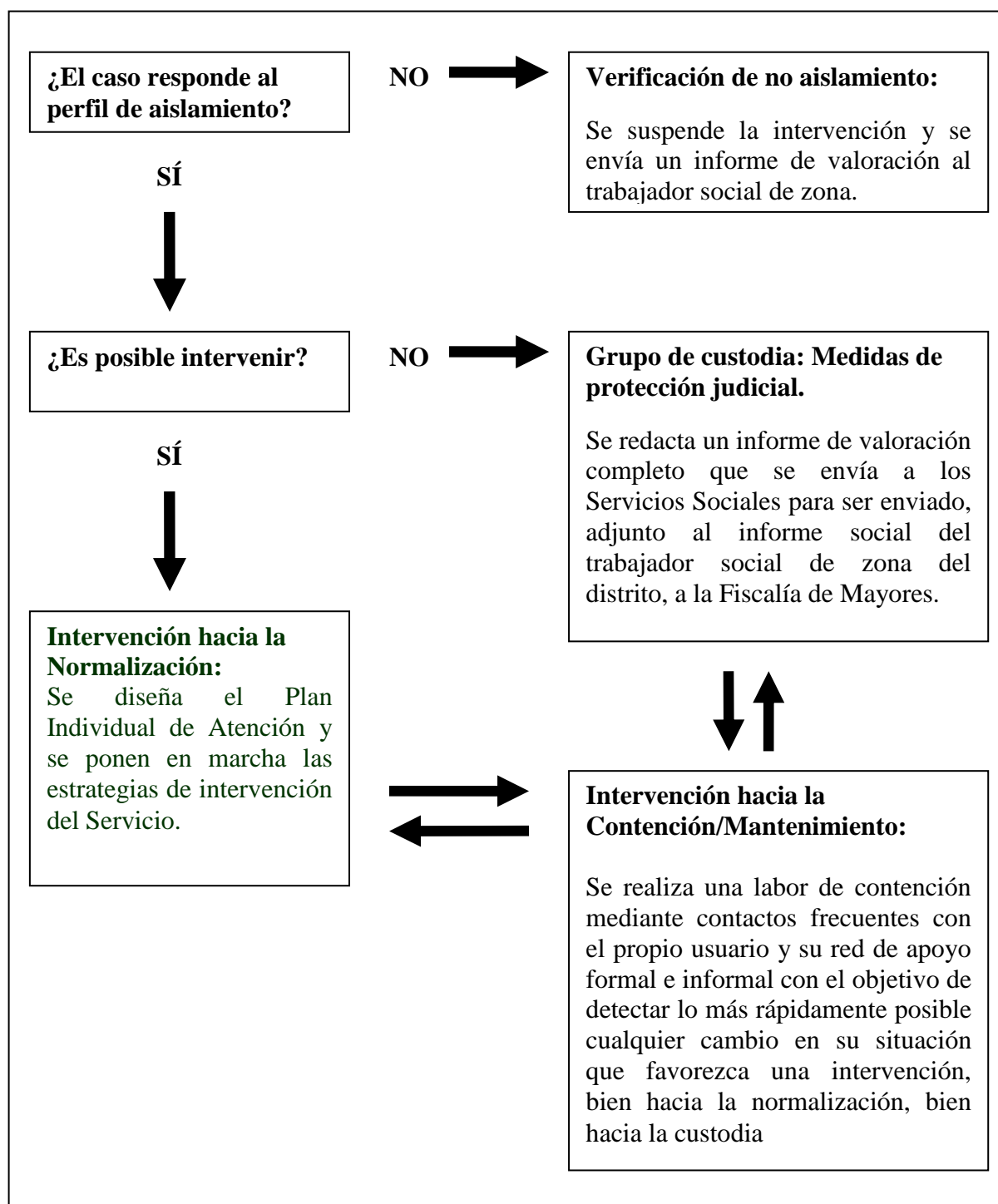


Figura 4.2. Esquema del proceso de actuación en el Protocolo de Intervención.

Tercera Fase: Seguimiento

Para finalizar, el SAP realiza un seguimiento de todos aquellos casos cerrados durante la segunda fase dentro de los tres a seis meses posteriores al cierre del caso por parte del Servicio. El seguimiento consiste en la recuperación de información relativa a las personas atendidas desde los servicios implicados (salud mental, servicios sociales, centro residencial, etc.) y/o la red informal de la persona (familiares, cuidadores, etc.).

Se emplean las mismas medidas que en el protocolo de evaluación:

- Salud y Funcionamiento psicológico y social, a través del empleo de las Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007)
- Funcionamiento global, utilizando el EEAG Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (American Psychiatric Association, 2000; versión española en Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).
- Discapacidad, a través de la Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S) (Janca et al., 1996; adaptación española de Organización Mundial de la Salud, 2000).
- Necesidades socio-sanitarias, empleando el Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE) (Reynolds et al., 2000; adaptación española de Ybarzábal, Mateos, García, Amboage & Fraguera, 2002)

En caso de que la persona haya vuelto a una situación de aislamiento social, se reabrirá el caso por parte del Servicio. Por el contrario, si la situación sigue siendo de no aislamiento, el SAP cerrará el caso definitivamente, dejando el seguimiento en manos de los Servicios Sociales municipales.

Capítulo 5

Estudio del funcionamiento del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en Madrid (SAP).

Una vez diseñado, el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social (SAP) se puso en funcionamiento en junio de 2006 y se establecieron procedimientos de evaluación que permitieran avanzar en la descripción de la población atendida, en el propio proceso de funcionamiento y en la efectividad de la intervención. En este capítulo, se resumen los principales resultados obtenidos.

5.1. Objetivos

A continuación se presentan los objetivos específicos del trabajo de investigación:

1. Describir el proceso de implantación del SAP
2. Avanzar en la descripción de la población mayor de 65 años en aislamiento social en la ciudad de Madrid:
 - Estudiar las características sociodemográficas y otras variables de interés de la población atendida por el SAP.
 - Describir el estado de esta población en cuanto a las siguientes variables:
 - Salud y funcionamiento psicosocial
 - Necesidades socio-sanitarias
 - Funcionamiento global
 - Discapacidad
 - Deterioro cognitivo y sintomatología de trastorno mental
3. Evaluar la efectividad de la intervención llevada a cabo por el SAP.
 - Analizar las diferencias pre – post en cuanto a las siguientes variables:
 - Salud y funcionamiento psicosocial
 - Necesidades socio-sanitarias
 - Funcionamiento global
 - Discapacidad

5.2. Método

5.2.1. Participantes

Los participantes son todas las personas atendidas por el SAP desde su inicio, 1 de junio de 2006 hasta el 31 de mayo de 2010, es decir, la muestra atendida durante los primeros 48 meses de funcionamiento del Servicio. Durante estos 48 meses no hubo cambios en los profesionales del SAP y fue un período de mayor dedicación investigadora, frente a los meses posteriores en los que se incorporó nuevo personal al Servicio y se pasó a una dedicación más clínica. Con el objetivo de no introducir posibles variables que alteraran los resultados de la presente investigación, se decidió acotar el período de toma de datos a estos 48 primeros meses de funcionamiento.

Tal y como se ha expuesto en el Capítulo 4, los criterios de inclusión en el Servicio son los siguientes:

- Mayor de 65 años
- Vivir solo/a o en convivencia con otras personas mayores de 65 años.
- Tener necesidades sociales y/o sanitarias no cubiertas.
 - En cuanto a las necesidades sanitarias, necesitar ayudas debido a:
 - Problemas de salud física y funcionamiento que generan dependencia (hipoacusia, visión, movilidad y salud en general).
 - Problemas de salud mental (por ejemplo, deterioro cognitivo, depresión, abuso de alcohol u otro trastorno mental crónico de larga duración).
 - En cuanto a las necesidades sociales, necesitar ayudas debido a problemas para cubrir sus necesidades básicas (problemas con el alojamiento, las condiciones higiénicas de la vivienda, la alimentación, el aseo personal, las actividades de la vida diaria, problemas en relación con prestaciones sociales, etc.).
- Disponer de una escasa o nula red de apoyo social. (por ejemplo, no tener a nadie a quien acudir para pedir ayuda).
- Rechazar las ayudas que se le ofrecen para cubrir sus necesidades desde los servicios sociales y/o sanitarios normalizados.

- Desde los Servicios Sociales se ha intervenido, sin que se haya resuelto la situación de aislamiento, y los profesionales de referencia consideran que se han agotado todas las vías de intervención.

Para la captación de esta población se ha contado con la participación de los Centros de Servicios Sociales (SS.SS.) de los 21 distritos de la ciudad de Madrid. Por su parte, los SS.SS. pueden tener conocimiento de una posible situación de aislamiento social a través de distintas fuentes.

Al servicio han llegado a lo largo de 48 meses un total de 324 personas, de las cuales se han descartado 147 por no cumplir los criterios de inclusión y en 52 de ellos, a pesar de cumplir el perfil de aislamiento, no llegó a iniciarse la intervención puesto que se resolvieron antes de comenzarla. De este modo, la población final está constituida por 125 personas mayores en aislamiento social en Madrid.

5.2.2. Variables e instrumentos

A continuación, se enumeran las variables que se han evaluado y se describen los instrumentos empleados para ello (estos instrumentos pueden verse en el Anexo 2). Tal y como se ha descrito anteriormente, todos los instrumentos seleccionados son cumplimentados por el profesional, no habiendo entre ellos instrumentos autoaplicados.

En la tabla 5.1, se muestra un resumen de las variables incluidas en este estudio.

Tabla 5.1. Resumen de las variables evaluadas y los instrumentos empleados.

Variables descriptivas	Variables de Valoración del Funcionamiento Psicológico y Social
<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográficas y otras variables descriptivas de interés, evaluadas según cuestionario diseñado al efecto: <ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Estado civil - Convivencia - Existencia de hijos - Procedencia (fuente que lo derivó a los Servicios Sociales) - Existencia de un expediente abierto en Fiscalía de Mayores, previo a la derivación al SAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud y funcionamiento psicológico y social: Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+). • Necesidades socio-sanitarias: Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE). • Funcionamiento global: de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG). • Discapacidad: Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S). • Deterioro cognitivo: escala diseñada al efecto, valorada según juicio clínico. • Sintomatología de trastorno mental, según juicio y evaluación clínica: <ul style="list-style-type: none"> - Presencia o no de sintomatología compatible con abuso de alcohol, trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad y retraso mental. - Presencia de trastorno mental, si existe sintomatología compatible con uno o más de los trastornos anteriores. - Detección y tratamiento previos a la intervención del SAP del trastorno mental, por parte de los servicios de salud (Atención Primaria o Salud Mental).

Variables Descriptivas:

- Variables sociodemográficas y otras variables descriptivas de interés, evaluadas según cuestionario diseñado al efecto: sexo, edad, estado civil, convivencia, existencia de hijos, distrito donde viven, procedencia (fuente que lo derivó a los SS.SS.) y existencia de un expediente abierto en Fiscalía de Mayores, previo a la derivación al SAP.

Variables de Valoración del Funcionamiento Psicológico y Social:

- Salud y funcionamiento psicológico y social.

Para medir esta variable se emplearon las Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007).

Se trata de un instrumento de evaluación de resultados para la población de personas mayores, cuya utilidad e idoneidad ha sido probada en la práctica clínica (Andrews, Peters & Teesson, 1994; Department of Health and Aged Care, 1999).

Se compone de 12 escalas que evalúan diversos problemas físicos y psicosociales de los mayores de 65 años (ver tabla 5.2). Cada una de estas 12 escalas se puntúa en un rango de gravedad con las siguientes puntuaciones: 0 (sin problemas), 1 (problema menor), 2 (problema leve), 3 (problema moderado) y 4 (problema grave), añadiéndose una puntuación total, resultado de la suma de las puntuaciones en las 12 escalas. La escala en su adaptación española (Ausín et al., 2007) tiene criterios psicométricos adecuados (valores de validez concurrente estadísticamente significativos que oscilan entre 0,23 y 0,89; y valores de fiabilidad interjueces cercanos a 1).

Tabla 5.2. Escalas incluidas en las Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+)

Escala	Aspectos que evalúa
Escala 1. Conducta Agitada	a) Hiperactividad b) Agresividad c) Desorganización o destrucción hacia objetos de otras personas d) Inquietud e) Agitación f) No cooperación o resistencia g) Vagabundeo h) Conducta inapropiada y desinhibida i) Vocalización inapropiada (chillar, gruñir, lloriquear) j) Conducta extraña, rara k) Otros
Escala 2. Autolesiones no accidentales	a) Pensamientos o ideas b) Intención c) Actos
Escala 3. Consumo problemático alcohol /drogas	a) Apetencia y tolerancia b) Prioridad que se le concede c) Control debilitado d) Frecuencia de intoxicación e) Otros riesgos asociados al consumo f) Efectos temporales
Escala 4. Problemas cognitivos	a) Memoria b) Orientación c) Lenguaje
Escala 5. Problemas enfermedad física/discapacidad	a) Salud física b) Movilidad c) Deterioro sensorial d) Caídas e) Efectos secundarios de la medicación f) Dolor debido a una enfermedad física g) Lesión asociada a drogas, alcohol, autolesión o accidente h) Otros
Escala 6. Problemas por alucinaciones/delirios	a) Ideas delirantes b) Alucinaciones c) Trastorno del pensamiento
Escala 7. Problemas síntomas depresivos	a) Trastorno del estado de ánimo (estado de ánimo depresivo y síntomas asociados al estado de ánimo depresivo en cualquier trastorno)
Escala 8. Otros problemas mentales/conductuales	a) Severidad de los síntomas b) Frecuencia c) Grado de control d) Grado de malestar (sólo para sí mismo) Problemas incluidos en esta Escala: A) Fobias B) Ansiedad y pánico C) Obsesivo-compulsivo D) Sobrecarga mental y tensión E) Problemas disociativos o de conversión F) Somatoforme G) Alimentación- exceso/defecto H) Sueño- hipersomnia/insomnio I) Sexual J) Otros
Escala 9. Problemas relaciones sociales o de apoyo	a) Grado de carencia activa/pasiva de relaciones y conflictos b) Frecuencia c) Malestar
Escala 10. Problemas Actividades Vida Diaria	a) Actividades personales y domésticas de la vida diaria
Escala 11. Problemas con las condiciones vida	a) Examen objetivo del entorno del paciente en cuanto a provisiones básicas en el hogar; relaciones con los familiares, ayuda de los vecinos y otros; opciones posibles o grado de oportunidad de mejora de la motivación; preferencias y grado de satisfacción con el hogar; calidad del personal entrenado, experiencia, relación y conocimiento de las capacidades del paciente.
Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno cotidiano	a) Actividades disponibles (cursos educativos, bibliotecas, centros de día, sitios donde estar) b) Grado de cooperación del paciente

- Necesidades socio-sanitarias.

Para medir esta variable se empleó el Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE) (Reynolds et al., 2000; adaptación española de Ybarzábal, Mateos, García, Amboage & Fraguera, 2002).

El CANE es un instrumento diseñado específicamente para medir las necesidades de las personas con un posible trastorno mental mayores de 65 años. Consta de 4 secciones de evaluación (sección 1: si hay un problema actual en alguna de las áreas evaluadas; sección 2: evalúa la ayuda recibida de cuidadores informales durante el último mes; sección 3: evalúa la ayuda profesional necesitada y recibida durante el último mes; sección 4: evalúa la adecuación/idoneidad de la ayuda proporcionada y la satisfacción del usuario con la cantidad de ayuda recibida).

El presente estudio se centra únicamente en la sección 1, que consta de 24 áreas de evaluación relativas al usuario/paciente (ver tabla 5.3), más otras 2 (A y B) que se refieren al cuidador principal pero que no han sido incluidas en el presente estudio, dadas las características especiales de aislamiento de la muestra y la falta de cuidador principal. Cada una de estas 24 áreas se puntúan: 0 (no hay un problema serio); 1 (existe un problema, pero éste está cubierto debido a la ayuda prestada); 2 (está presente un problema serio no cubierto, a pesar de cualquier ayuda que se le esté prestando). La escala, en su versión española, tiene una buena validez concurrente y una alta fiabilidad test-retest (kappas entre 0,65 y 1) y alta fiabilidad interjueces (kappas entre 0,60 y 1) (Ybarzábal, Mateos, García, Amboage & Fraguera, 2002).

Tabla 5.3. Áreas de necesidad incluidas en el Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE)

Área	Aspectos que evalúa
Área 1. Alojamiento.	¿Tiene la persona un lugar adecuado donde vivir?
Área 2. Cuidado del hogar.	¿Tiene la persona dificultades para el cuidado de su hogar?
Área 3. Alimentación.	¿Tiene la persona dificultades para conseguir suficiente comida?
Área 4. Cuidado personal.	¿Tiene la persona dificultades para su cuidado?
Área 5. Cuidado de otra persona.	¿Tiene la persona dificultades cuidando a otra persona?
Área 6. Actividades diarias.	¿Tiene la persona dificultades para mantener actividades diarias normales y adecuadas?
Área 7. Memoria.	¿Tiene la personas problemas con la memoria?
Área 8. Vista / oído.	¿Tiene la persona algún problema de visión o audición?
Área 9. Movilidad.	¿Tiene la persona problemas para moverse, caídas o problemas para usar el transporte público?
Área 10. Continencia.	¿Tiene la persona incontinencia?
Área 11. Salud física.	¿Tiene la persona alguna discapacidad o enfermedad física?
Área 12. Medicación / drogas.	¿Tiene la persona problemas con medicamentos o drogas?
Área 13. Síntomas psicóticos.	¿Tiene la persona síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones formales del pensamiento o pasividad?
Área 14. Angustia.	¿Está actualmente la persona angustiada?
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento.	¿Ha recibido la persona una información clara, verbal o escrita, acerca de su estado y tratamiento?
Área 16. Riesgo para sí mismo (autoagresión deliberada).	¿Es la persona un peligro para sí mismo?
Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes).	¿Tiene la persona riesgo de dañarse accidentalmente?
Área 18. Seguridad (abuso / abandono).	¿Está la persona en riesgo por causa de otros?
Área 19. Conducta / riesgo para los demás.	¿Es la conducta de la persona peligrosa, amenazante o molesta para otros?
Área 20. Alcohol.	¿Bebe la persona excesivamente o tiene problemas para controlar la bebida?
Área 21. Compañía.	¿Necesita la persona ayuda para el contacto social?
Área 22. Relaciones de pareja.	¿Tiene la persona un compañero, familiar o amigo con quien mantenga una relación física o emocional íntima?
Área 23. Dinero.	¿Tiene la persona problemas para administrar su dinero?
Área 24. Prestaciones sociales.	¿Está la persona recibiendo todas las prestaciones a las que tiene derecho?

- Funcionamiento global.

Para valorar esta variable se empleó la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG) (American Psychiatric Association, 2000; versión española en Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Esta escala, incluida en el Eje V del manual diagnóstico DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), mide el funcionamiento psicosocial del individuo, mediante la evaluación de la gravedad de los síntomas y el deterioro en su actividad. Está diseñado para población general.

Se trata de una escala de 100 puntos en la que puntuaciones cercanas a 0 indican un peor funcionamiento. El clínico debe evaluar tanto la gravedad de los síntomas que presenta la persona como la gravedad del deterioro en la actividad escolar, laboral o social. La evaluación final (es decir, el nivel donde se sitúa a la persona dentro de la escala) viene determinada por la peor de las dos evaluaciones.

Tiene unas buenas propiedades psicométricas, con un coeficiente de correlación intraclase de 0,57. Respecto a la validez, el nivel de funcionamiento medido con el EEFG correlaciona de forma significativa con la complejidad del trastorno que presenta el paciente en el eje I del DSM-IV (las personas con esquizofrenia suelen obtener peores puntuaciones en el EEFG, y las personas con trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación y depresión mayor tienden a presentar mejores puntuaciones). Se han encontrado correlaciones bajas con otras medidas de capacidad funcional, como la subescala de trabajo de la Escala de Calidad de Vida de Lehman (0.22), y correlaciones moderadas con otras medidas de sintomatología psiquiátrica y deterioro cognitivo, como la Escala de Evaluación de Síntomas Psiquiátricos (PSAS) con -0.44, y el MiniExamen del Estado Mental, con 0.26. Se muestra sensible al cambio terapéutico (Muñoz, Roa, Pérez Santos, Santos-Olmo y de Vicente, 2002).

- Discapacidad.

Se empleó la Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S) (Janca et al., 1996; adaptación española de Organización Mundial de la Salud, 2000). Es el instrumento recomendado por la Organización Mundial de la Salud en la CIE-10 (OMS, 2000) para la evaluación de las dificultades provocadas por la presencia de problemas mentales o físicos.

El WHO-DAS-S es la versión corta de la entrevista semiestructurada *WHO-Psiquiatric Disability Assessment Schedule* (WHO-DAS). Consta de 4 áreas que el clínico debe evaluar durante el transcurso de la entrevista (ver tabla 5.4). En función de la información obtenida, el clínico debe puntuar el deterioro de la persona en una escala analógico visual de 0 (“ninguna discapacidad”) a 5 (“discapacidad máxima”) de acuerdo a unos criterios definidos.

Tiene unas buenas propiedades psicométricas, con un coeficiente de correlación intraclass que oscila de 0.40 (para la categoría de familia/vivienda) a 0.74 (cuidado personal), de tal forma que la mitad de las categorías de discapacidad especificadas presentan valores kappa por encima de 0.50, y la otra mitad entre 0.40 y 0.50. En cuanto a la validez, se muestra útil como instrumento para evaluar el cambio y predecir resultados en personas mayores. Discrimina entre pacientes y población normal (Muñoz, Roa, Pérez Santos, Santos-Olmo y de Vicente, 2002).

Tabla 5.4. Áreas incluidas en la Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S)

Área	Aspectos que evalúa
Área 1. Cuidado personal.	Higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.
Área 2. Funcionamiento ocupacional.	Funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.
Área 3. Funcionamiento familiar.	Interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos y otros familiares.
Área 4. Funcionamiento social (relación con los miembros de la comunidad y participación en actividades sociales)	Actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y en otras actividades sociales.

- Deterioro cognitivo: Se empleó una escala diseñada al efecto que puntúa según un rango de gravedad con las siguientes puntuaciones: 1 (sin deterioro), 2 (deterioro leve), 3 (deterioro moderado) y 4 (deterioro grave). Se decidió diseñar una escala propia de evaluación del deterioro cognitivo dada la dificultad de aplicar pruebas de screening de deterioro cognitivo a un alto porcentaje de la muestra atendida. Para la cumplimentación de esta escala, se tuvieron en cuenta todos los datos de la evaluación disponibles, entre ellos, datos obtenidos tras entrevista y observación tanto de la persona como de profesionales, familiares, vecinos o personas próximas a la persona; informes médicos y/o neurológicos en caso de disponer de ellos; la puntuación obtenida en una prueba específica de valoración de deterioro cognitivo, en caso de que fuera posible su aplicación; etc.
- Sintomatología de trastorno mental valoradas según juicio y evaluación clínica:
 - Se evaluó, mediante juicio clínico, la presencia o no de sintomatología compatible con los siguientes trastornos mentales graves: abuso de alcohol, trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad y retraso mental. De la misma manera que en el caso anterior de la escala de valoración de deterioro cognitivo, para elaborar este juicio clínico, se tuvieron en cuenta todos los datos de la evaluación disponibles.
 - Se ha unificado en una única variable, “Presencia de trastorno mental”, si existe sintomatología compatible con uno o más de los trastornos anteriores. En esta variable, no se incluye la presencia de deterioro cognitivo.
 - Se evaluó si el trastorno mental había sido detectado o no previamente a la intervención del SAP y si éste estaba siendo tratado o no por parte de los servicios de salud (Atención Primaria o Salud Mental).

5.2.3. Procedimiento

El SAP se ha presentado, de manera paulatina, en los Servicios Sociales de los 21 distritos de la ciudad de Madrid: Centro, Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamartín, Tetuán, Chamberí, Fuencarral, Moncloa, Latina, Carabanchel, Usera, Puente de Vallecas, Moratalaz, Ciudad Lineal, Hortaleza, Villaverde, Villa de Vallecas, Vicálvaro, San Blas y Barajas.

La presentación se ha llevado a cabo con uno o dos representantes de la Dirección General de Mayores y Atención Social del Ayuntamiento de Madrid y las dos psicólogas del SAP. Asimismo, por parte de los Servicios Sociales del distrito, acuden a esta reunión de presentación el director y el responsable de mayores del centro de Servicio.

El SAP se presenta en los distritos como parte del “Programa de detección de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social”, en concreto para aquellos ancianos frágiles en situación de aislamiento social que rechazan las ayudas ofrecidas.

En la reunión de presentación, se informa a los profesionales de los Servicios Sociales de cada distrito sobre los puntos y características que conforman el perfil del anciano aislado (criterios de inclusión), susceptible de intervención por parte del SAP, así como del procedimiento de derivación y de intervención por parte de este servicio.

Para entender mejor el procedimiento seguido debe comprenderse que el trabajo se ha realizado en un servicio real en funcionamiento y que los objetivos de investigación se han visto obligados a plegarse a los de la atención directa y las necesidades de las personas atendidas. En cada caso se siguió el esquema que se detalla en la figura 5.1. Dicha figura resume las fases de actuación del SAP, con sus protocolos correspondientes, desarrolladas en el capítulo 4.

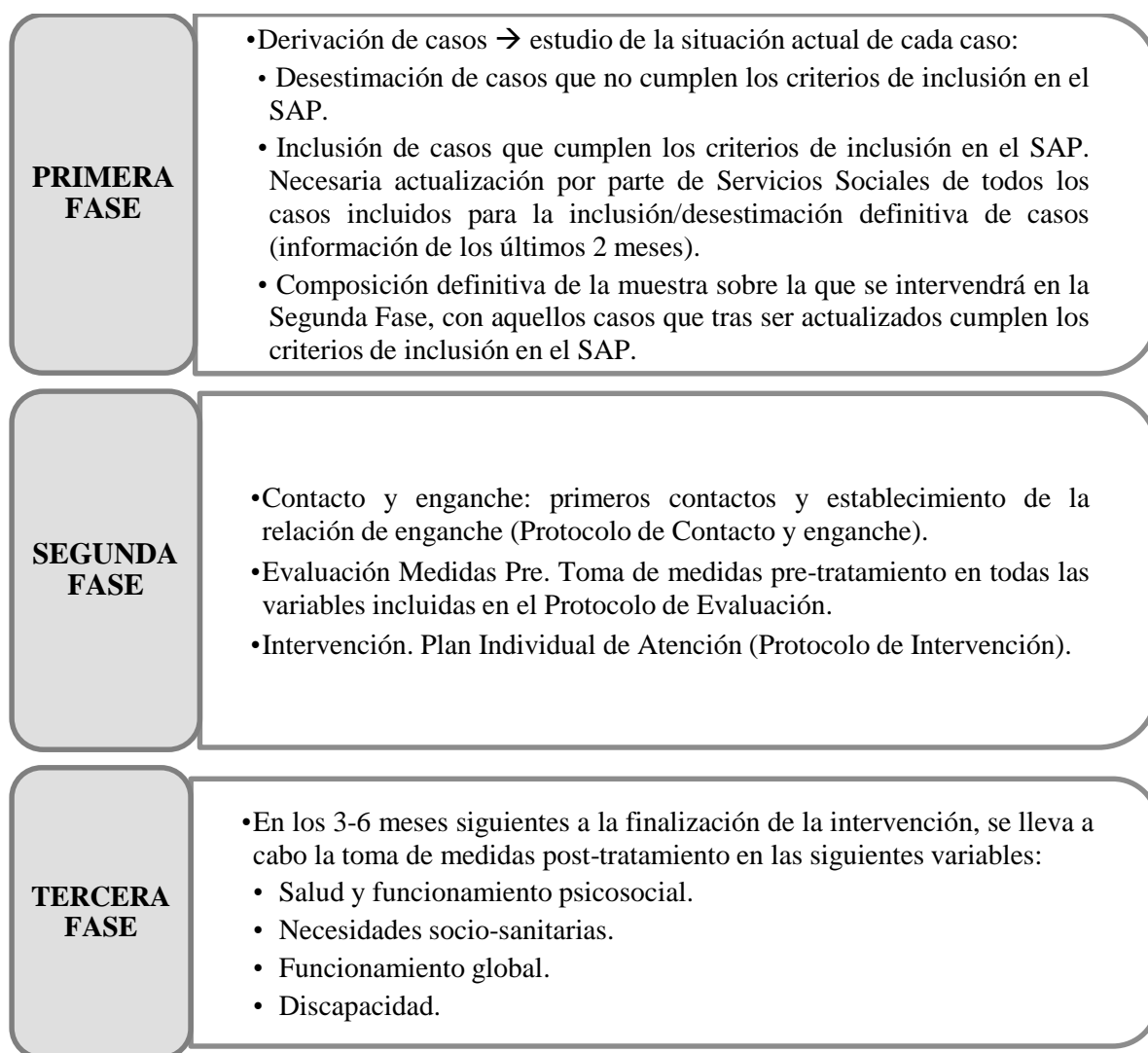


Figura 5.1. Esquema del procedimiento.

5.2.4. Análisis de datos

El análisis de datos se ha hecho empleando el paquete estadístico SPSS 19.0 (*Statistical Program for the Social Sciences*, SPSS-v.19) y se han incluido las siguientes pruebas:

- Cálculo de estadísticos descriptivos para el proceso seguido, desde la presentación del SAP en los 21 distritos de la ciudad de Madrid hasta la derivación de los casos y su situación en el momento de finalización de la toma de datos.

- Estadísticos descriptivos para estudiar las características sociodemográficas y otras variables de interés (tamaño de muestra, media, valores mínimo y máximo, desviación típica, frecuencias y porcentajes).
- Estadísticos descriptivos para estudiar el estado de esta población en cuanto a las siguientes variables:
 - Salud y funcionamiento psicosocial
 - Necesidades socio-sanitarias
 - Funcionamiento global
 - Discapacidad
 - Deterioro cognitivo
 - Sintomatología de trastorno mental
- Pruebas de Chi Cuadrado y estimación de riesgo (*odds ratio*, OR) para las variables categóricas y pruebas T de Student para muestras independientes en las variables continuas, para conocer si existen diferencias de género y diferencias en función del motivo de cierre (normalización o custodia) en la población mayor de 65 años en aislamiento social en la ciudad Madrid en cuanto a las variables anteriores.
- Pruebas de diferencia de medias T de Student para muestras relacionadas para evaluar la efectividad del Servicio de Apoyo Psicológico (evaluación pre – post) en las siguientes variables:
 - Salud y funcionamiento psicosocial
 - Necesidades socio-sanitarias
 - Funcionamiento global
 - Discapacidad

5.3. Resultados

5.3.1. Evaluación del proceso

En este apartado, se presentan los resultados correspondientes al primer objetivo específico de este trabajo de investigación: Descripción del proceso de implantación del SAP.

5.3.1.1. Implantación progresiva en los 21 distritos de la ciudad de Madrid

La presentación del SAP en los Servicios Sociales (SS.SS.) de los 21 distritos de la ciudad de Madrid se ha llevado a cabo de forma progresiva a lo largo de los años 2006 a 2009, tal y como puede verse en la figura 5.2.

2006	Junio	Julio	Septiembre	
	Ciudad Lineal Centro Chamartín San Blas Tetuán	Villaverde Puente de Vallecas	Carabanchel Usera Chamberí	
2007	Abril	Junio	Julio	Octubre
	Salamanca Hortaleza	Villa de Vallecas	Vicálvaro Moratalaz Barajas	Retiro
2008	Enero	Octubre		
	Arganzuela	Moncloa Latina		
2009	Marzo			
	Fuencarral			

Figura 5.2. Presentación progresiva en los distintos distritos.

Como puede apreciarse en la siguiente figura 5.3, la derivación de casos de aislamiento fue muy alta en los primeros 12 meses de aparición del SAP, año en el que el Servicio se presentó en más de la mitad de los distritos, con 67 casos de aislamiento derivados, moderándose en los tres años siguientes, con 37, 38 y 35 casos de aislamiento derivados respectivamente.

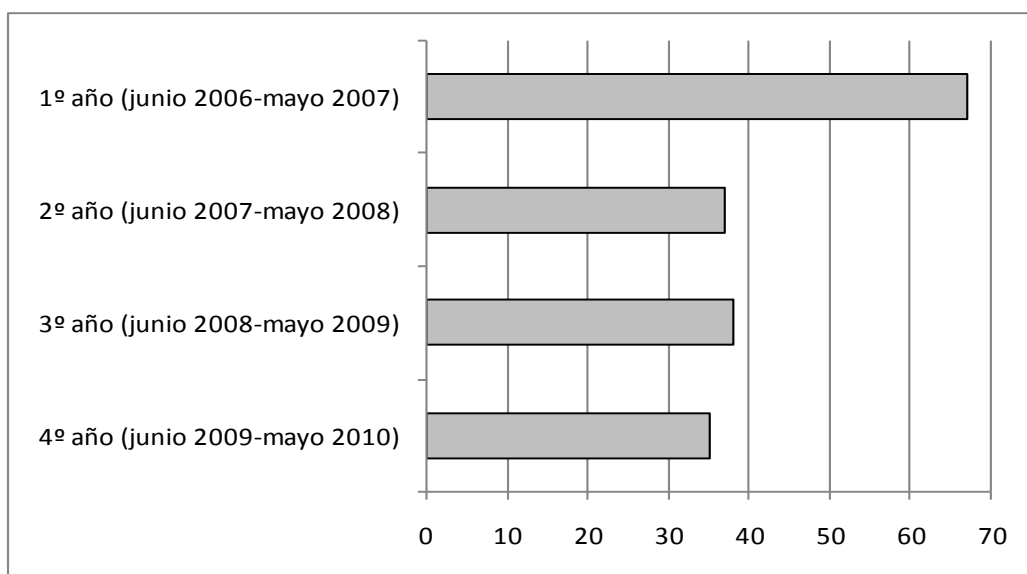


Figura 5.3. Distribución temporal de los casos de aislamiento derivados al SAP.

5.3.1.2. Casos derivados.

La distribución de las personas atendidas hasta el momento de finalización de la toma de datos para este estudio (31 de mayo de 2010) es la siguiente (ver figura 5.4):

- Casos totales derivados al SAP = 324
- Casos clasificados como de No Aislamiento por no cumplir el perfil de inclusión en el SAP = 147
- Casos clasificados como de Aislamiento (cumplen perfil de inclusión) = 177. De ellos:
 - 52 son desestimados en el momento de la Actualización (Primera Fase), sin que el SAP inicie intervención.
 - 125 son incluidos en el SAP, iniciándose la Intervención (Segunda Fase).

5.3.1.3. Casos cerrados: motivos de cierre, meses de intervención, número de contactos.

La situación de los 125 casos de aislamiento atendidos por el SAP, en el momento de finalización de la toma de datos para este estudio (31 de mayo de 2010), es la siguiente (ver figura 5.4):

- 32 casos con la intervención aún abierta.
- 9 casos con la intervención cerrada, pero sin asignación de grupo de cierre, por los siguientes motivos:
 - 7 por fallecimiento antes de concluir la intervención.
 - 2 por abandono de su domicilio y resultar “ilocalizables” antes de concluir la intervención.
- 84 casos cerrados tras la intervención, por los siguientes motivos:
 - Motivos de normalización (aceptación voluntaria de recursos formales y/o informales): 33 (39,3%).
 - Motivos de custodia (medidas de protección judicial): 51 (60,7%)

Respecto al tiempo de intervención en meses y el número de contactos realizados en los 84 casos cerrados tras la intervención, han sido necesarios 7,5 meses de media (desviación típica de 6,33; valores mínimo y máximo de 0-24) y 24,8 contactos de media (desviación típica de 22,91; valores mínimo y máximo de 1-127) para considerar finalizada la intervención. Tal y como se expuso en el Capítulo 4, el tipo de contactos que realiza el SAP son contactos con el propio usuario (personales o no presenciales), contactos con agentes facilitadores de la red formal del usuario (personales o no presenciales), contactos con agentes facilitadores de la red informal del usuario (personales o no presenciales); y otros contactos no contemplados en los apartados anteriores.

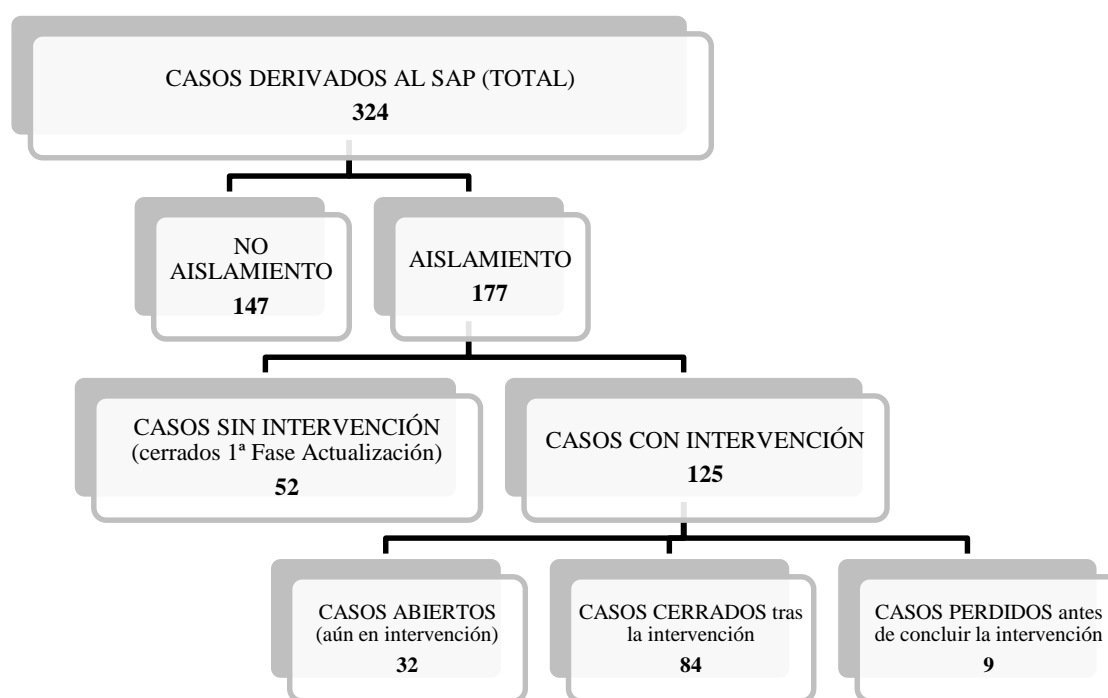


Figura 5.4. Situación de los casos derivados al SAP.

5.3.2. Descripción de las personas atendidas.

En este apartado se muestran los resultados correspondientes al segundo objetivo específico de este trabajo de investigación: Avanzar en la descripción de la población mayor de 65 años en aislamiento social en la ciudad de Madrid.

Como se ha comentado en apartados anteriores, al Servicio han llegado 177 personas en situación de aislamiento social, pero 52 de ellas se cerraron en la 1ª fase o fase de actualización, por lo que al no comenzarse la intervención, no se dispone de datos. Por lo tanto, excluyendo a estas 52, se ha atendido a un total de 125 personas en situación de aislamiento social y es de esta muestra de la que se presentan los datos.

Se describe la muestra atendida en distintas variables, según el siguiente guión:

5.3.2.1. Datos socio-demográficos y otras variables descriptivas de interés.

En este apartado se incluyen variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, hijos y convivencia); la procedencia del caso, es decir, qué fuente de derivación puso el caso en conocimiento de los Servicios Sociales; y la existencia de un expediente abierto en Fiscalía de Mayores previo a la derivación al SAP. Se divide el análisis de los datos en tres apartados:

- A) Datos socio-demográficos y otras variables descriptivas de interés en la muestra total.
- B) Datos socio-demográficos y otras variables descriptivas de interés en función del género
- C) Datos socio-demográficos y otras variables descriptivas de interés en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

5.3.2.2. Salud y funcionamiento psicosocial.

- A) Resultados en las Escalas HoNOS65+.
- B) Salud y funcionamiento psicosocial en función del género
- C) Salud y funcionamiento psicosocial en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

5.3.2.3. Necesidades socio-sanitarias.

- A) Resultados en el CANE: Número de necesidades
- B) Resultados en las diferentes áreas de necesidad
- C) Necesidades en función del género
- D) Necesidades en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

5.3.2.4. Funcionamiento global.

- A) Resultados en el instrumento EEFG.
- B) Funcionamiento global en función del género
- C) Funcionamiento global en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

5.3.2.5. Discapacidad.

- A) Resultados en el instrumento WHO-DAS-S.
- B) Discapacidad en función del género
- C) Discapacidad en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

5.3.2.6. Deterioro cognitivo.

- A) Resultados encontrados según valoración clínica.
- B) Deterioro cognitivo en función del género
- C) Deterioro cognitivo en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

5.3.2.7. Sintomatología psiquiátrica.

- A) Resultados encontrados según valoración clínica.
- B) Sintomatología psiquiátrica en función del género
- C) Sintomatología psiquiátrica en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

5.3.2.1. Datos socio-demográficos y otras variables descriptivas de interés

A) Datos socio-demográficos y otras variables descriptivas de interés en la muestra total.

A.1. Variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, hijos y convivencia.

Tal como puede observarse en la tabla 5.5, donde se recoge la distribución de las personas mayores en aislamiento social en cuanto a las distintas variables sociodemográficas, existe una proporción muy alta de mujeres en la muestra, casi un 70% de la población atendida por el SAP son mujeres. El porcentaje de mujeres en la ciudad de Madrid, según datos del INE (Censo de Población y Vivienda, 2011), es de aproximadamente un 61,15%, por lo tanto, el porcentaje de mujeres en la muestra de personas en aislamiento es ligeramente superior al de la población normal.

En cuanto al estado civil, más de la mitad de las personas son solteras (54,4%) y junto con las personas viudas (28,8%) y las separadas o divorciadas (6,4%), ascienden a un 89,6% de la población que no tiene pareja en el momento actual. Esta variable contrasta con los datos de la población mayor de 65 años de la ciudad de Madrid, en la que más de la mitad de las personas están casadas (55,66%) y no llega a un 10% el porcentaje de personas mayores que están solteras, según los datos del último Censo de Población y Vivienda de 2011. El estado civil es, por tanto, una de las variables en las que la población en aislamiento se diferencia de manera significativa de la población general mayor de 65 años.

Un 77,6% de la muestra de personas en aislamiento social en Madrid viven solas en el momento de derivación al SAP. Algunas personas de la muestra, conviven con familiares o allegados, constituyendo un núcleo familiar en aislamiento (el 9,6% con el esposo/a, el 3,2% con un hijo/a, el 8,8% con un hermano/a y el 0,8% con amigos). De nuevo, se encuentra un gran contraste con la población mayor de 65 años de la ciudad

de Madrid donde apenas un 25% vive en hogares unipersonales (Censo de Población y Vivienda, 2011).

En cuanto a la variable edad, la persona más joven tiene 66 años, y la mayor 97, siendo la edad media de 81,02 años, con una moda de 85 y una desviación típica de 6,64. Por lo tanto, la edad de la muestra es bastante elevada y superior a la media de la ciudad de Madrid (76,4) en aproximadamente 5 años.

Respecto a si tienen hijos o no, el 80% de la muestra no cuenta con el apoyo de hijos en el momento actual, bien porque nunca los han tenido (77,6%), bien porque han fallecido (2,4%).

Tabla 5.5. Descripción sociodemográfica del total de la población atendida por el SAP.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				N=125	
Sexo		%	n		
Hombre		30,4	38		
Mujer		69,6	87		
Edad	Media	Desviación Típica	Moda	Mínimo	Máximo
	81,02	6,64	85	66	97
Estado civil		%	n		
Casado/a		10,4	13		
Soltero/a		54,4	68		
Viudo/a		28,8	36		
Separado/a o divorciado/a		6,4	8		
Hijos		%	n		
Con hijos		20	25		
Con hijos fallecidos		2,4	3		
Sin hijos		77,6	97		
Convivencia		%	n		
Solo/a		77,6	97		
Esposo/a		9,6	12		
Hijo/a		3,2	4		
Hermano/a		8,8	11		
Amigo/a		0,8	1		

A.2. Procedencia: fuente de derivación que puso el caso en conocimiento de los SS.SS.

La procedencia de las derivaciones al SAP siempre es desde los SS.SS. de los 21 distritos de la ciudad de Madrid. Sin embargo, con este análisis se trata de ver cuáles son las fuentes de detección-derivación de los casos de aislamiento social a los SS.SS.

Tal y como puede verse en la tabla 5.6, aproximadamente la mitad de la muestra (50,4%) llega a SS.SS. por información de los recursos formales, es decir, aquellos recursos profesionales que están dentro de la red socio-sanitaria. Un 43,2% llega por información de los recursos informales que tienen acceso directo a la persona en aislamiento social. Finalmente, el propio usuario es, en ocasiones (6,4%), quien acude a SS.SS. con alguna demanda.

En general, las fuentes de derivación a SS.SS. por porcentaje de detección son los vecinos (de manera personal o a través de escrito de la comunidad de vecinos), los servicios sanitarios, el SAMUR SOCIAL tras alguna emergencia, los familiares/amigos y los recursos sociales. El resto de fuentes de derivación no alcanzan el 7% del total de las derivaciones.

Tabla 5.6. Procedencia de los usuarios del Servicio de Apoyo Psicológico (fuente de derivación a Servicios Sociales).

FUENTE DE DERIVACIÓN A SS.SS.		N=125	
		%	n
Propio usuario		6,4	8
Recursos informales	Vecinos	26,4	33
	Familiar/amigo	12,8	16
	Parroquia	4	5
Total recursos informales		43,2	54
Recursos formales	Servicios sanitarios (Centro de salud, hospital, etc)	19,2	24
	SAMUR SOCIAL	14,4	18
	Recursos sociales (Ayuda a domicilio, Centro de Mayores, Teleasistencia, programas específicos de la Dirección General de Mayores y Atención Social, etc)	10,4	13
	Salud Ambiental	3,2	4
	Policía	3,2	4
	Total recursos formales	50,4	63

A.3. Expediente abierto en Fiscalía de Mayores previo a la derivación al SAP

A continuación, se presenta una descripción de la muestra en cuanto a si en el momento de la derivación al SAP tiene expediente abierto en Fiscalía de Mayores (procedimiento de incapacitación o solicitud de ingreso no voluntario en residencia), lo que supone un indicador de deterioro de su situación cognitiva y mental previo a la derivación al SAP.

El porcentaje de casos recibidos por el Servicio de Apoyo Psicológico, con un procedimiento abierto en Fiscalía de Mayores en el momento de la derivación es del 20%, es decir, 25 de los 125 casos atendidos presentaban sospecha de niveles de deterioro cognitivo y/o mental no recuperables en el momento de la derivación al SAP. Se trata de un porcentaje relativamente elevado de la muestra que, ya en el momento de la derivación, tiene una alta probabilidad de tener una intervención de nivel III o Intervención para la Custodia.

B) Datos socio-demográficos y otras variables descriptivas de interés en función del género.

B.1. Variables sociodemográficas: edad, estado civil, hijos y convivencia.

A continuación se analizan las posibles diferencias entre hombres y mujeres en las variables sociodemográficas estudiadas en la población en aislamiento social atendida por el SAP. Se realizan pruebas de diferencia de medias, Chi Cuadrado y estimación de riesgo, en función del tipo de variable. En la tabla 5.7 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las variables sociodemográficas evaluadas. En general, tanto hombres como mujeres tienen un porcentaje mayor de personas sin pareja, que no han tenido hijos o estos han fallecido y que viven solas. Las mujeres tienen una edad media ligeramente superior a la de los hombres, siendo de 81,68 (desviación típica 6,78) en las mujeres, frente a 79,49 (desviación típica 6,11) en los hombres.

Tabla 5.7. Descripción sociodemográfica por sexo.

Variables sociodemográficas			χ^2	OR	Intervalo
N=125	Hombres	Mujeres			
Estado civil					
Casado	18,4%	6,9%	3,77	3,05	0,95-9,79
Sin pareja (soltero, viudo, separado)	81,6%	93,1%			
Hijos					
Con hijos	21,1%	19,5%	0,38	0,91	0,35-2,34
Sin hijos	78,9%	80,5%			
Convivencia					
Solo	73,7%	79,3%	0,48	1,37	0,56-3,33
Con alguien (familiares, amigos, otras personas)	26,3%	20,7%			
Edad			media	media	t
	79,49	81,68	-1,77		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

B.2. Procedencia: fuente de derivación que puso el caso en conocimiento de los SS.SS.

En cuanto a la fuente de derivación que puso el caso en conocimiento de los Servicios Sociales, como puede verse en la tabla 5.8, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en esta variable. Tanto en hombres como en mujeres el porcentaje de derivación mayor es por parte de los recursos formales, 52,6% en el caso de los hombres y 63,3% en la muestra de mujeres.

En cuanto a los casos cuya fuente de procedencia es el propio usuario, no se han tenido en cuenta para los análisis al tratarse únicamente de 8 casos y ser un número excesivamente escaso para poder ser tratado estadísticamente. Merece la pena resaltar que, a pesar de ser pocos casos, los 8 son mujeres, es decir, ningún hombre ha acudido por sí mismo a poner su situación en conocimiento de los SS.SS.

Tabla 5.8. Diferencias en cuanto a la fuente de derivación a SS.SS (recursos formales o informales) por sexo.

Fuente de derivación a SS.SS.			χ^2	OR	Intervalo
N=117	Hombres	Mujeres			
Procedencia					
Recursos formales	52,6%	63,3%	1,21	0,64	0,29-1,41
Recursos informales	47,4%	36,7%			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

B.3. Expediente abierto en Fiscalía de Mayores previo a la derivación al SAP

Respecto a la existencia de un expediente abierto en la Fiscalía de Mayores previo a la derivación al SAP, como puede verse en la tabla 5.9, en esta variable tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, encontrando porcentajes similares en ambos subgrupos (13,2% y 23%, respectivamente).

Tabla 5.9. Proporción de la muestra, por sexo, que tiene expediente abierto en Fiscalía de Mayores previo a la derivación al SAP.

Expediente abierto en Fiscalía de Mayores previo a la derivación al SAP (N= 125)		χ^2	OR	Intervalo
Hombres	Mujeres			
13,2%	23%	1,6	1,97	0,68-5,72

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

C) Datos socio-demográficos y otras variables descriptivas de interés en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia).

C.1. Variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, hijos y convivencia.

A continuación se presentan las diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas estudiadas entre el grupo cerrado por motivos de normalización y el grupo cerrado por motivos de custodia. Se realizan pruebas de chi cuadrado y razón de riesgo (*odds ratio*, OR) para las variables sexo, estado civil, hijos y convivencia. Se realiza una prueba T de diferencia de medias para la variable edad.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas, presentando porcentajes muy similares en todas ellas. En la tabla 5.10 puede verse un resumen detallado de los resultados.

Tabla 5.10. Diferencias sociodemográficas por motivo de cierre (normalización o custodia).

Variables sociodemográficas			χ^2	OR	Intervalo
N=84	Normalización	Custodia			
Sexo					
Hombres	30,3%	21,6%	0,82	1,58	0,58-4,29
Mujeres	69,7%	78,4%			
Estado civil					
Casado	9,1%	15,7%	0,77	0,54	0,13-2,19
No casado (soltero, viudo, separado)	90,9%	84,3%			
Hijos					
Con hijos	21,2%	15,7%	0,42	0,69	0,22-2,13
Sin hijos	78,8%	84,3%			
Convivencia					
Solo	69,7%	76,5%	0,48	1,41	0,53-3,78
Con alguien (familiares, amigos, otras personas)	30,3%	23,5%			
Edad	media	media	t		
	81,56	81,57	-0,004		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

C.2. Procedencia: fuente de derivación que puso el caso en conocimiento de los SS.SS.

En cuanto a la fuente de derivación que puso el caso en conocimiento de los Servicios Sociales, como puede verse en la tabla 5.11, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en esta variable. En ambos grupos el porcentaje de derivación mayor es por parte de los recursos formales, 66,7% para el grupo cerrado por motivos de normalización y 55,1% para el de custodia.

En cuanto a los casos cuya fuente de procedencia es el propio usuario, no se han tenido en cuenta para los análisis al tratarse únicamente de 5 casos y ser un número

excesivamente escaso para poder ser tratado estadísticamente. De estos 5 casos, 3 fueron cerrados por motivo de normalización y 2 por custodia.

Tabla 5.11. Diferencias en cuanto a la fuente de derivación a SS.SS (recursos formales o informales) por motivo de cierre (normalización o custodia).

Fuente de derivación a SS.SS.			χ^2	OR	Intervalo
N=79	Normalización	Custodia			
Procedencia					
Recursos formales	66,7%	55,1%	1,03	1,63	0,63-4,19
Recursos informales	33,3%	44,9%			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

C.3. Expediente abierto en Fiscalía de Mayores previo a la derivación al SAP

Respecto a la existencia de un expediente abierto en la Fiscalía de Mayores para la valoración de medidas de protección judicial, previa a la derivación al SAP, como puede verse en la tabla 5.12, en esta variable sí existen diferencias estadísticamente significativas puesto que un 37,3% de los casos cerrados por motivos de custodia ya tenían un expediente previo en la Fiscalía de Mayores, frente al 9,1% del grupo de normalización.

Tabla 5.12. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que tiene expediente abierto en Fiscalía de Mayores, previo a la derivación al SAP.

Expediente abierto en Fiscalía de Mayores previo a la derivación al SAP (N= 84)		χ^2	OR	Intervalo
Normalización	Custodia			
9,1%	37,3%	8,22**	5,94	1,59-22,13

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

5.3.2.2. Salud y funcionamiento psicosocial.

Para evaluar esta variable se emplearon las Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007)

A) Resultados en las Escalas HoNOS65+.

En la siguiente tabla 5.13 se muestran los resultados encontrados en las Escalas HoNOS65+ en el total de la población atendida. A la derecha, se ha añadido una columna más donde se recoge la proporción de personas que presentan cada uno de los 12 problemas, a un nivel moderado o grave.

Tabla 5.13. Resultados generales en las Escalas HoNOS65+ en el total de la población atendida.

Escalas HoNOS65+	Sin problema		Problema Menor		Problema Leve		Problema Moderado		Problema Grave		Problema Moderado-Grave	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
N=125												
Escala 1. Conducta Agitada	29,3	34	12,9	15	25	29	29,3	34	3,4	4	32,7	38
Escala 2. Autolesiones no accidentales	93,1	108	2,6	3	3,4	4	0,9	1	0	0	0,9	1
Escala 3. Consumo problemático alcohol /drogas	80,7	92	3,5	4	6,1	7	5,3	6	4,4	5	9,7	11
Escala 4. Problemas cognitivos	30,4	34	12,5	14	20,5	23	31,3	35	5,4	6	36,7	41
Escala 5. Problemas enfermedad física/discapacidad	7,8	9	9,6	11	22,6	26	44,3	51	15,7	18	60	69
Escala 6. Problemas por alucinaciones/delirios	69,9	79	0	0	5,3	6	14,2	16	10,6	12	24,8	28
Escala 7. Problemas síntomas depresivos	80,5	91	8	9	8	9	2,7	3	0,9	1	3,6	4
Escala 8. Otros problemas mentales/conductuales	56,6	64	2,7	3	14,2	16	22,1	25	4,4	5	26,5	30
Escala 9. Problemas relaciones sociales o de apoyo	0,9	1	0	0	3,4	4	27,6	32	68,1	79	95,7	111
Escala 10. Problemas Actividades Vida Diaria	5,2	6	7,8	9	11,3	13	54,8	63	20,9	24	75,7	87
Escala 11. Problemas con las condiciones vida	9,5	11	8,6	10	8,6	10	55,2	64	18,1	21	73,3	85
Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno	0	0	3,4	4	5,2	6	26,7	31	64,7	75	91,4	106
Puntuación Total	Media= 21,32 % que presenta una puntuación total superior a la media → 56%											

Como puede verse en la tabla 5.13, más del 60% de las personas de la muestra presenta los siguientes problemas a un nivel moderado-grave, superando el 90% en alguno de ellos:

- problemas relacionados con una enfermedad física o discapacidad
- problemas con las relaciones sociales
- problemas con las actividades de la vida diaria
- problemas con las condiciones de vida
- problemas con el trabajo y las actividades de ocio y la calidad del entorno cotidiano

Por otro lado, un 56% presenta puntuaciones mayores a la media de la muestra estudiada en cuanto a la puntuación total de las escalas HoNOS65+. En este ítem, puntuaciones mayores indican peor salud y funcionamiento psicosocial. Por lo tanto, tomando como referencia la población atendida, cuyo nivel de salud y funcionamiento psicosocial es pobre, más de la mitad de ella se encuentra en niveles de salud y funcionamiento psicosocial aún más pobres.

B) Salud y funcionamiento psicosocial en función del género

Se realizan pruebas de Chi Cuadrado y estimación de riesgo para conocer si existen diferencias de género en la población mayor de 65 años en aislamiento social en la ciudad de Madrid en cuanto a la variable “Salud y funcionamiento psicosocial”.

El siguiente análisis se ha realizado dividiendo los resultados de las Escalas HoNOS65+ en dos grupos:

- GRUPO 1: Aquellos que no tienen problema o lo tienen en un grado leve (Sin Problema + Problema Menor + Problema Leve),
- GRUPO 2: Aquellos que tienen un problema de moderado a grave y que, por lo tanto, realmente les supone una dificultad (Problema Moderado + Problema Grave).

En la tabla 5.14, se recoge el porcentaje de la población, por sexo, que presenta cada uno de los 12 problemas a un nivel moderado o grave (grupo 2) y el resultado de la comparación entre hombres y mujeres dentro de este grupo 2.

Tabla 5.14. Proporción de la muestra, por sexos, que puntúa con problema de moderado a grave en las Escalas HoNOS65+.

Escalas HoNOS65+	Problema Moderado-Grave		χ^2	OR	Intervalo
	Hombre	Mujer			
N=125					
Escala 1. Conducta Agitada	32,4%	32,9%	0	1,03	0,44-2,41
Escala 2. Autolesiones no accidentales	0	1,2%	0,42	---	---
Escala 3. Consumo problemático alcohol /drogas	20,6%	5%	6,65**	0,2	0,55-0,75
Escala 4. Problemas cognitivos	20,6%	43,6%	5,4*	2,98	1,16-7,66
Escala 5. Problemas enfermedad física/discapacidad	50%	64,2%	2,01	1,79	0,8-4,04
Escala 6. Problemas por alucinaciones/delirios	9,1%	31,3%	6,16*	4,55	1,27-16,31
Escala 7. Problemas síntomas depresivos	0	5,1%	1,79	---	---
Escala 8. Otros problemas mentales/conductuales	29,4%	25,3%	0,2	0,81	0,33-1,99
Escala 9. Problemas relaciones sociales o de apoyo	100%	93,9%	2,17	---	---
Escala 10. Problemas Actividades Vida Diaria	76,5%	75,3%	0,02	0,94	0,37-2,4
Escala 11. Problemas con las condiciones vida	79,4%	70,7%	0,93	0,63	0,24-1,63
Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno	85,3%	93,9%	2,26	2,66	0,72-9,85

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

Como puede verse en este análisis, respecto a la diferenciación por sexo:

- Los hombres de la población estudiada presentan una proporción mayor de riesgo que las mujeres de sufrir problemas de abuso del alcohol (escala 3 de las HoNOS65+), a un nivel moderado-grave, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en esta variable.
- Las mujeres presentan un riesgo mayor que los hombres de sufrir problemas cognitivos y problemas relacionados con la presencia de alucinaciones y delirios (escalas 4 y 6 de las HoNOS65+, respectivamente), a un nivel moderado-grave, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en esta variable.

- En el resto de áreas evaluadas por las escalas HoNOS65+ no se encuentran diferencias.

Los siguientes análisis se han realizado tomando los valores del ítem “Puntuación total” de las Escalas HoNOS65+. En este ítem, puntuaciones mayores indican peor salud y funcionamiento psicosocial. Se presentan dos análisis:

- Diferencia de medias entre hombres y mujeres en el ítem “Puntuación total” de las escalas HoNOS65+. Ver tabla 5.15.
- Porcentaje de la población, por sexo, que puntúa por encima de la media en el ítem “Puntuación total” de las escalas HoNOS65+. Ver tabla 5.16.

Respecto a la diferencia de medias, se realiza un prueba t para muestras independientes (ver tabla 5.15). Como puede observarse, según este análisis tampoco existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la puntuación total de la HoNOS65+.

Tabla 5.15. Diferencia de medias entre hombres y mujeres en la puntuación total de las escalas HoNOS65+

Escalas HoNOS65+ (N=125)	Media Hombres	Media Mujeres	t
HoNOS65+ Total	20,85	21,51	-0,61

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En la tabla 5.16, se muestra el porcentaje de la población estudiada que muestra una puntuación HoNOS65+ total superior a la media encontrada en esta misma muestra (Media = 21,32), es decir, el porcentaje de la población que muestra un peor funcionamiento. En este sentido, no se observan diferencias significativas entre sexos. En ambos casos, más de la mitad de la muestra presenta una media en la puntuación total de la HoNOS65+ superior a la de la muestra total.

Tabla 5.16. Proporción de la muestra, por sexo, que puntúa por encima de la media en el ítem “Puntuación total” de las escalas HoNOS65+ (media = 21,32).

Puntuación HoNOS65+ Total superior a la media (>21,32) (N=125)		χ^2	OR	Intervalo
Hombre	Mujer			
55,9%	56,1%	0	1,01	0,45-2,26

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

C) Salud y funcionamiento psicosocial en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

Se realizan pruebas de Chi Cuadrado para conocer si existen diferencias en función del motivo de cierre (normalización o custodia) en la población mayor de 65 años en aislamiento social en la ciudad de Madrid en cuanto a la variable “Salud y funcionamiento psicosocial”. Las puntuaciones se corresponden con la evaluación realizada al comienzo de la intervención y no en el momento del cierre.

De la misma manera que en los análisis anteriores, se ha dividido la muestra en dos grupos según los resultados de las Escalas HoNOS65+:

- GRUPO 1: Aquellos que no tienen problema o lo tienen en un grado leve (Sin Problema + Problema Menor + Problema Leve),
- GRUPO 2: Aquellos que tienen un problema de moderado a grave y que, por la tanto, realmente les supone una dificultad (Problema Moderado + Problema Grave).

En la tabla 5.17, se recoge el porcentaje de la población, por motivo de cierre (normalización o custodia), que presenta cada uno de los 12 problemas a un nivel moderado o grave (grupo 2).

Tabla 5.17. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa con problema de moderado a grave en las Escalas HoNOS65+.

Escalas HoNOS65+	Problema Moderado-Grave		χ^2	OR	Intervalo
	N=84	Normalización Custodia			
Escala 1. Conducta Agitada	23,3%	42,6%	1,03	2,97	0,87-6,78
Escala 2. Autolesiones no accidentales	0	2,1%	0,65	---	---
Escala 3. Consumo problemático alcohol /drogas	13,3%	8,9%	0,37	0,63	0,15-2,76
Escala 4. Problemas cognitivos	40%	41,3%	0,13	1,06	0,41-2,69
Escala 5. Problemas enfermedad física/discapacidad	60%	70,2%	0,85	1,57	0,6-4,11
Escala 6. Problemas por alucinaciones/delirios	13,3%	32,6%	3,6	3,15	0,93-10,65
Escala 7. Problemas síntomas depresivos	0	4,4%	1,37	---	---
Escala 8. Otros problemas mentales/conductuales	16,7%	26,7%	1,03	1,82	0,57-5,83
Escala 9. Problemas relaciones sociales o de apoyo	90%	97,9%	2,3	5,11	0,51-51,62
Escala 10. Problemas Actividades Vida Diaria	73,3%	80,9%	0,6	1,54	0,52-4,56
Escala 11. Problemas con las condiciones vida	70%	78,7%	0,75	1,59	0,56-4,52
Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno	93,3%	95,7%	0,22	1,61	0,21-12,07

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

Como puede verse en este análisis, respecto a la diferenciación por motivo de cierre (normalización o custodia), el grupo cerrado por motivos de custodia presenta una proporción mayor de personas con un peor funcionamiento en todas las escalas de la HoNOS65+, excepto en la Escala 3 (consumo de alcohol). No obstante estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas para ninguna escala. Si revisamos el riesgo, y teniendo en cuenta que las diferencias no llegan a ser significativas, se encuentran niveles bastante superiores a 1 en las escalas 1 (conducta agitada), 6 (presencia de alucinaciones y/o delirios) y 9 (relaciones sociales), lo que revela un riesgo bastante mayor de puntuar peor en estas áreas en el grupo que se cerró por motivos de custodia.

Los siguientes análisis se han realizado tomando los valores del ítem “Puntuación total” de las Escalas HoNOS65+, teniendo en cuenta que en este ítem, puntuaciones mayores indican peor salud y funcionamiento psicosocial. Se presentan dos análisis:

- Diferencia de medias entre el grupo cerrado por normalización y el grupo cerrado por custodia en el ítem “Puntuación total” de las escalas HoNOS65+. Ver tabla 5.18.
- Porcentaje de la población, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa por encima de la media en el ítem “Puntuación total” de las escalas HoNOS65+. Ver tabla 5.19.

Respecto a la diferencia de medias, se realiza un prueba t para muestras independientes (ver tabla 5.18). Como puede observarse, según este análisis existen diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la puntuación total de la HoNOS65+, presentando peores niveles de salud y funcionamiento psicosocial el grupo cerrado por motivos de custodia, con una media de 23 (desviación típica 4,01), frente al grupo cerrado por motivos de normalización cuya media es 19,73 (desviación típica 5,04)). Es decir, aunque por escalas las diferencias existentes no lleguen a ser estadísticamente significativas, sí lo son a nivel global.

Tabla 5.18. Diferencia de medias entre el grupo cerrado por normalización y el grupo cerrado por custodia en la puntuación total de las escalas HoNOS65+

Escalas HoNOS65+ (N=84)	Media Normalización	Media Custodia	t
HoNOS65+ Total	19,73	23	-2,998**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En la tabla 5.19, se muestra el porcentaje de la población estudiada, por motivo de cierre (normalización o custodia), que muestra una puntuación HoNOS65+ total superior a la media encontrada en la muestra de personas en aislamiento social (Media = 21,32), es decir, el porcentaje de la población que muestra un peor funcionamiento. En este sentido, el grupo de custodia presenta un riesgo significativamente mayor que el grupo cerrado por motivos de normalización de tener un peor funcionamiento psicosocial.

Tabla 5.19. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa por encima de la media en el ítem “Puntuación total” de las escalas HoNOS65+ (media = 21,32).

Puntuación HoNOS65+ Total superior a la media (>21,32) (N=84)		χ^2	OR	Intervalo
Normalización	Custodia			
40%	68,1%	5,9*	3,2	1,23-8,31

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

5.3.2.3. Necesidades socio-sanitarias.

Se empleó el Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE) (Reynolds, Thornicroft, Abas *et al.*, 2000; adaptación española de Ybarzábal, Mateos, García, Amboage & Fraguera, 2002).

A) Número de necesidades

Como puede verse en la tabla 5.20, la media de necesidades no cubiertas detectada en la muestra de personas en aislamiento social atendidas por el SAP es de 10,16 necesidades por persona, con una desviación típica de 3,51 (mínimo 1 - máximo 18, de un rango de 0 a 24). Teniendo en cuenta que el instrumento valora 24 áreas de necesidad, esta media de necesidades no cubiertas encontrada en la muestra evaluada resulta bastante elevada. Esto es aún más evidente si sumamos el hecho de que un 54,3% de la muestra presenta un número de necesidades sin cubrir superior a dicha media, poniendo de manifiesto el alto número de necesidades sin cubrir presentes en la mayoría de la muestra objeto de estudio.

B) Resultados en las diferentes áreas de necesidad

Los resultados de las puntuaciones encontradas en las diferentes áreas del CANE pueden verse en la figura 5.5. En la tabla 5.20, se presentan estas mismas puntuaciones de forma más detallada.

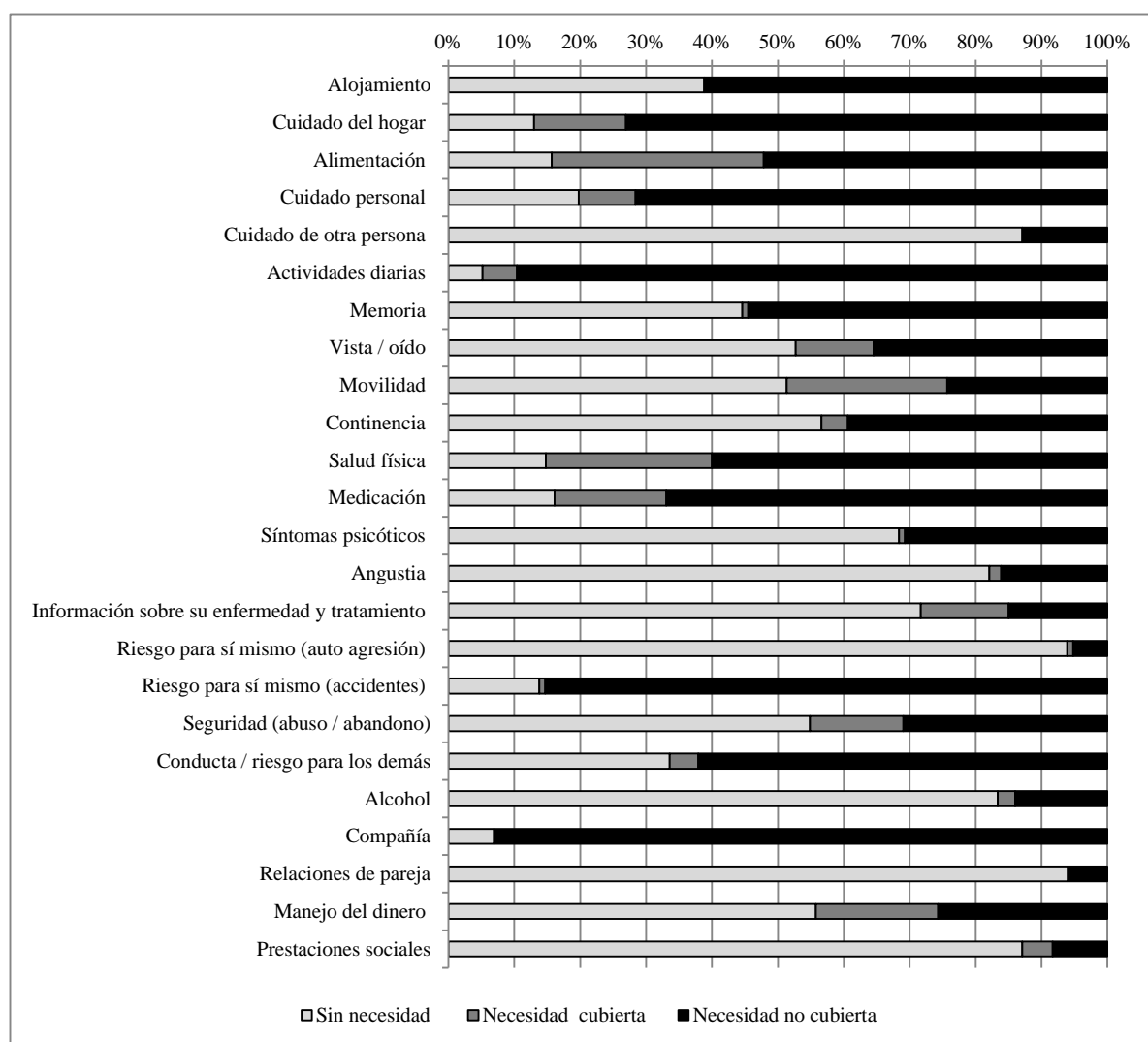


Figura 5.5. Porcentaje de personas en aislamiento social sin necesidades, con necesidades cubiertas o con necesidades no cubiertas en cada área del CANE

Tabla 5.20. Puntuaciones CANE en la población en aislamiento atendida por el SAP.

CANE	Sin necesidad		Necesidad cubierta		Necesidad no cubierta	
N=125	%	n	%	n	%	n
Área 1. Alojamiento	38,8	45	0	0	61,2	71
Área 2. Cuidado del hogar	13	15	13,9	16	73	84
Área 3. Alimentación	15,7	18	32,2	37	52,2	60
Área 4. Cuidado personal	19,8	23	8,6	10	71,6	83
Área 5. Cuidado de otra persona	87,1	101	0	0	12,9	15
Área 6. Actividades diarias	5,2	6	5,2	6	89,7	104
Área 7. Memoria	44,6	50	0,9	1	54,5	61
Área 8. Vista / oído	52,7	58	11,8	13	35,5	39
Área 9. Movilidad	51,3	59	24,3	28	24,3	28
Área 10. Continencia	56,6	56	4	4	39,4	39
Área 11. Salud física	14,8	17	25,2	29	60	69
Área 12. Medicación	16,1	18	17	19	67	75
Área 13. Síntomas psicóticos	68,4	78	0,9	1	30,7	35
Área 14. Angustia	82,1	92	1,8	2	16,1	18
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento	71,7	81	13,3	15	15	17
Área 16. Riesgo para sí mismo (auto agresión)	94	109	0,9	1	5,2	6
Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes)	13,8	16	0,9	1	85,3	99
Área 18. Seguridad (abuso / abandono)	54,9	62	14,2	16	31	35
Área 19. Conducta / riesgo para los demás	33,6	39	4,3	5	62,1	72
Área 20. Alcohol	83,3	95	2,6	3	14	16
Área 21. Compañía	6,9	8	0	0	93,1	108
Área 22. Relaciones de pareja	94	109	0	0	6	7
Área 23. Manejo del dinero	55,8	63	18,6	21	25,7	29
Área 24. Prestaciones sociales	87	94	4,6	5	8,3	9
Número de necesidades no cubiertas	Media= 10,16		Nº de necesidades no cubiertas superior a la media → 54,3%			
	DT= 3,51					
	Rango= 1-18					

Son 11 las áreas de necesidad en las que más de la mitad de la muestra presenta la necesidad y ésta no está siendo cubierta, bien porque la persona ha rechazado las ayudas formales e informales ofrecidas, bien porque no se le han ofrecido ni la persona las ha solicitado. Estas 11 áreas de necesidad son las siguientes:

- Área 21. Compañía (93,1%), es decir, no tienen suficientes amigos o personas de apoyo a las que podrían acudir en el caso de necesitar ayuda, sin que esté recibiendo ayudas en este sentido.
- Área 6. Actividades diarias (89,7%), es decir, no realizan actividades de ocio constructivas en su día a día y no está recibiendo ayudas en este sentido.
- Área 17. Riesgo para sí mismo en cuanto a sufrir/provocar accidentes (85,3%), es decir, sus actitudes o conductas suponen un riesgo para sí mismo, no estando incluido en este riesgo el de autoagresión, y no recibe ayudas para cambiar, prevenir o paliar esta situación.
- Área 2. Cuidado del hogar (73%), es decir, tienen dificultades en el cuidado del hogar, por ejemplo, éste se encuentra sucio o descuidado, y no está recibiendo ayudas en este sentido.
- Área 4. Cuidado personal (71,6%), es decir, presenta problemas en el propio autocuidado, por ejemplo, presenta un aspecto sucio y desaliñado, y no está recibiendo ayudas en este sentido.
- Área 12. Medicación (67%), es decir, o bien necesitaría medicación que no está tomando, o bien tiene problemas con la adherencia y el seguimiento de la medicación prescrita, sin que esté recibiendo ayudas en este sentido.
- Área 19. Conductas de riesgo para los demás (62,1%), es decir, sus actitudes o conductas suponen un riesgo para los demás, y no recibe ayudas para cambiar, prevenir o paliar esta situación.
- Área 1. Alojamiento (61,2%), es decir, el lugar en el que vive carece de las condiciones básicas de habitabilidad y no recibe ayudas para cambiar esta situación.
- Área 11. Salud física (60%), es decir, tienen algún problema de salud física, pero no están recibiendo ningún tratamiento ni seguimiento médico.
- Área 7. Memoria (54,5%), es decir, tienen problemas frecuentes de desorientación en tiempo y/o espacio o problemas de memoria y no están recibiendo ningún tipo de ayuda en este sentido.

- Área 3. Alimentación (52,2%), es decir, presentan algún problema referente a la alimentación, por ejemplo, tiene una dieta inadecuada o tiene dificultades para la preparación de comidas, sin que esté recibiendo ayudas en este sentido.

Dado que se trata de una población que rechaza las ayudas, merece la pena detenerse también en las necesidades cubiertas para ver en qué áreas sí aceptan apoyos. Como puede verse, el porcentaje más elevado de necesidad cubierta es 32,2% en el área 3 de alimentación, lo que significa que algo más de un 30% está aceptando ayudas para su necesidad de alimentación, bien sean formales (comida a domicilio municipal por ejemplo) o informales (vecinos, familiares o amigos que le llevan comida cocinada o les hacen la compra). Sólo hay otras dos áreas en las que el porcentaje de personas de la muestra que aceptan ayudas para cubrir la necesidad existente supera el 20%, que son el área 11 de salud física (25,2%), en el que necesidad cubierta significa que la persona tiene algún problema de salud que está recibiendo tratamiento; y el área 9 de movilidad (24,3%) que significa que la persona utiliza algún elemento auxiliar, por ejemplo un bastón, para sus problemas de movilidad.

Para terminar el análisis y centrando la atención ahora en las áreas en las que más de la mitad de la población no presenta necesidad y, por tanto, serían las áreas menos problemáticas en cuanto al aislamiento social, los resultados indican que éstas son las siguientes:

- Área 16. Riesgo para sí mismo (autoagresión) (94%), es decir, no hay indicios de riesgo de suicidio.
- Área 22. Relaciones de pareja (94%), es decir, la persona o bien no tiene pareja y está satisfecho con no tenerla, o bien tiene pareja pero no existen problemas entre ellos. Dado el alto porcentaje de personas solteras de la muestra, en la mayoría de los casos, esta “no necesidad” en esta área responde al hecho de no tener pareja y estar satisfecho con no tenerla.
- Área 5. Cuidado de otra persona (87,1%), es decir, o bien la persona no tiene a nadie de quién cuidar, o bien cuida de alguien y no tiene problemas en este sentido. Dado el alto porcentaje de personas que viven solas de la muestra y su falta de red social, en la mayoría de los casos, esta “no necesidad” en esta área responde al hecho de no tener a nadie a quien cuidar.

- Área 24. Prestaciones sociales (87%), es decir, la mayoría de las personas de la muestra no tienen dificultades para recibir las prestaciones que les corresponden, por ejemplo, el cobro de su pensión.
- Área 20. Alcohol (83,3%), es decir, la mayoría de la muestra no tiene problemas con el consumo de alcohol.
- Área 14. Angustia (82,1%), es decir, la persona no presentan angustia o la presenta en niveles muy bajos.
- Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento (71,7%), es decir, en general las personas de la muestra han recibido/comprendido información sobre su situación.
- Área 13. Síntomas psicóticos (68,4%), es decir, no presentan sintomatología de tipo psicótico.
- Área 10. Continencia (56,6%), es decir, no presentan problemas de incontinencia urinaria y/o fecal.
- Área 23. Manejo del dinero (55,8%), es decir, no presentan problemas a la hora, por ejemplo, de pagar sus facturas o llegar a fin de mes.
- Área 18. Seguridad (abuso / abandono) (54,9%), es decir, no están en riesgo de sufrir abuso, por ejemplo físico o económico, por parte de otras personas. Respecto al abandono, y dado que el 100% de la muestra se encuentra en situación de aislamiento social y, por lo tanto, podría interpretarse como un abandono por parte de quienes le conocen, por parte de las instituciones o por parte de la sociedad en general, se ha valorado únicamente como “abandono” aquellos casos que, aun teniendo familiares o amigos, estos no han llevado a cabo ninguna acción para intentar cambiar la situación de aislamiento.
- Área 8. Vista / oído (52,7%), es decir, no presentan problemas de visión o audición relevantes.
- Área 9. Movilidad (51,3%), es decir, no presentan problemas relevantes en su movilidad, pudiendo realizar desplazamientos sin grandes dificultades.

C) Necesidades en función del género

Los siguientes análisis se han realizado tomando como referencia las necesidades no cubiertas, dividiendo así la muestra en dos grupos, aquellos que tienen necesidades no cubiertas y aquellos que o bien no tienen la necesidad o bien la tienen cubierta con algún tipo de apoyo (formal o informal).

Respecto a la diferencia entre hombres y mujeres en el número total de necesidades no cubiertas, se realiza un análisis del número medio de necesidades no cubiertas de las 125 personas mayores en aislamiento social evaluadas, contrastando las diferencias entre hombres y mujeres mediante una prueba *t* para muestras independientes.

Este análisis arroja un valor medio de 10,44 necesidades sin cubrir (de las 24 totales que evalúa la escala) en los hombres, y un valor medio de 10,04 en las mujeres. Como puede observarse en la tabla 5.21, según este análisis no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, presentando ambos sexos un número de necesidades no cubiertas igualmente elevado.

Tabla 5.21. Diferencia de medias entre hombres y mujeres en el número de necesidades no cubiertas del CANE.

CANE (N=125)	Media Hombres	Media Mujeres	t
Nº medio de necesidades no cubiertas	10,44	10,04	0,56

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En la tabla 5.22, se muestra el porcentaje de la población estudiada, por sexo, que muestra un número de necesidades no cubiertas superior a la media (Media = 10,16). Como puede verse en esta tabla, los hombres presentan un número medio de necesidades no cubiertas mayor a la media de la muestra total en un porcentaje mayor que las mujeres, aunque de nuevo estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 5.22. Proporción de la muestra, por sexo, que puntúa por encima de la media en el número total de necesidades no cubiertas, según CANE (media = 10,16).

CANE - N° necesidades no cubiertas superior a la media (>10,16) (N=125)		χ^2	OR	Intervalo
Hombre	Mujer			
61,8%	51,2%	1,08	0,65	0,29-1,47

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

Respecto al análisis de las diferencias en cuanto a necesidades no cubiertas en las áreas que evalúa el instrumento, los resultados pueden verse en la tabla 5.23. Los hombres de la población estudiada presentan una proporción mayor de riesgo que las mujeres de tener necesidades sin cubrir, siendo estas diferencias estadísticamente significativas, en las siguientes áreas:

- Área 4. Cuidado personal, es decir, presentan peor autocuidado que las mujeres.
- Área 5. Cuidado de otra persona, es decir, los hombres presentan mayores dificultades en el cuidado de otra persona.
- Área 20. Alcohol, es decir, los hombres tienen mayor riesgo de presentar consumo problemático de alcohol que las mujeres.

En cuanto a las mujeres, éstas presentan un riesgo mayor que los hombres de tener necesidades sin cubrir, siendo estas diferencias estadísticamente significativas, en las siguientes áreas:

- Área 13. Síntomas psicóticos, es decir, las mujeres de la muestra tienen mayor riesgo de presentar sintomatología psicótica.
- Área 24. Prestaciones sociales, es decir, las mujeres presentan más dificultades a la hora de recibir las prestaciones sociales que les corresponden. En este caso el riesgo no ha podido calcularse al no haber ningún hombre con necesidad no cubierta en esta área.

Tabla 5.23. Proporción de la muestra, por sexo, que presenta necesidad no cubierta en las áreas del CANE.

CANE	Necesidad no cubierta		χ^2	OR	Intervalo
	Hombre	Mujer			
N=125					
Área 1. Alojamiento	70,6%	57,3%	1,78	0,56	0,24-1,32
Área 2. Cuidado del hogar	76,5%	71,6%	0,29	0,78	0,31-1,96
Área 3. Alimentación	61,8%	48,1%	1,78	0,58	0,25-1,30
Área 4. Cuidado personal	85,3%	65,9%	4,46*	0,33	0,12-0,95
Área 5. Cuidado de otra persona	23,5%	8,5%	4,79*	0,30	0,10-0,92
Área 6. Actividades diarias	88,2%	90,2%	0,11	1,23	0,35-4,41
Área 7. Memoria	41,2%	60,3%	3,48	2,17	0,95-4,92
Área 8. Vista / oído	30,3%	37,7%	0,55	1,39	0,58-3,33
Área 9. Movilidad	20,6%	25,9%	0,37	1,35	0,51-3,56
Área 10. Continencia	40,7%	38,9%	0,28	0,93	0,38-2,28
Área 11. Salud física	70,6%	55,6%	2,26	0,52	0,22-1,23
Área 12. Medicación	75,8%	63,3%	1,64	0,55	0,22-1,38
Área 13. Síntomas psicóticos	17,6%	36,3%	3,88*	2,65	0,98-7,16
Área 14. Angustia	8,8%	19,2%	1,90	2,46	0,66-9,14
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento	5,9%	19%	3,19	3,75	0,81-17,41
Área 16. Riesgo para sí mismo (auto agresión)	2,9%	6,1%	0,49	2,14	0,24-19,06
Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes)	85,3%	85,4%	0	1,01	0,33-3,11
Área 18. Seguridad (abuso / abandono)	29,4%	31,6%	0,06	1,11	0,46-2,67
Área 19. Conducta / riesgo para los demás	70,6%	58,5%	1,48	0,59	0,25-1,39
Área 20. Alcohol	29,4%	7,5%	9,50**	0,19	0,64-0,59
Área 21. Compañía	94,1%	92,7%	0,08	0,77	0,15-4,13
Área 22. Relaciones de pareja	11,8%	3,7%	2,79	0,29	0,06-1,35
Área 23. Manejo del dinero	17,6%	29,1%	1,64	1,92	0,70-5,24
Área 24. Prestaciones sociales	0	11,7%	3,95*	---	---

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

D) Necesidades en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

Como en el apartado anterior, los siguientes análisis se han realizado respecto a las necesidades no cubiertas, dividiendo la muestra en dos grupos, aquellos que tienen necesidades no cubiertas y aquellos que o bien no tienen la necesidad o bien la tienen cubierta con algún tipo de apoyo (formal o informal)

Respecto a la diferencia entre el motivo de cierre (normalización o custodia) en el número total de necesidades no cubiertas, se realiza un análisis del número medio de necesidades no cubiertas de las 84 personas mayores en aislamiento social evaluadas en las que la intervención ya ha finalizado, contrastando las diferencias entre aquellos que se cerraron tras conseguir la normalización y aquellos que se cerraron por motivos de custodia mediante una prueba T para muestras independientes. Este estudio de necesidades se refiere a las que tenían en el momento de iniciar la intervención, no en el momento del cierre.

Este análisis arroja un valor medio de 9,07 necesidades sin cubrir, de las 24 totales que evalúa la escala (desviación típica 3,53) en los que se cerraron por normalización, y un valor medio de 11,45 (desviación típica 2,87) en los que se cerraron por custodia. Como puede observarse en la tabla 5.24, según este análisis las diferencias encontradas entre estos dos grupos son estadísticamente significativas, encontrando mayores niveles de necesidad entre aquellas personas en situación de aislamiento social que finalmente fueron cerradas por motivos de custodia.

Tabla 5.24. Diferencia de medias entre el grupo cerrado por normalización y el grupo cerrado por custodia en el número de necesidades no cubiertas del CANE.

CANE (N=84)	Media Normalización	Media Custodia	t
Nº medio de necesidades no cubiertas	9,07	11,45	-3,097**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En la tabla 5.25, se muestra el porcentaje de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que muestra un número de necesidades no cubiertas superior a la media encontrada en la población estudiada (Media = 10,16). En general el grupo cerrado por motivos de custodia presenta un porcentaje más alto de necesidades no cubiertas, encontrando que casi un 70% presenta más necesidades que la media total

de la muestra, siendo las diferencias con el grupo cerrado por motivos de normalización estadísticamente significativas. En comparación con el grupo cerrado por motivos de normalización, éste presenta de media menos necesidades no cubiertas que el total de la muestra y que los cerrados por motivos de custodia y, además, menos de la mitad superan la media de necesidades no cubiertas del total de la muestra.

Tabla 5.25. Proporción de la muestra, por grupo de intervención (normalización o custodia), que puntúa por encima de la media en el número total de necesidades no cubiertas, según CANE (media = 10,16).

CANE - Nº necesidades no cubiertas superior a la media (>10,16) (N=84)		χ^2	OR	Intervalo
Normalización	Custodia			
43,3%	68,1%	4,62*	2,79	1,08-7,2

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

A continuación, para profundizar en cuáles son las necesidades concretas que no están cubiertas en uno y otro grupo, se realiza un análisis de las diferencias en cuanto a necesidades no cubiertas en las áreas que evalúa el instrumento (ver tabla 5.26).

En general, el grupo cerrado por motivos de custodia presenta una proporción mayor de necesidades sin cubrir en casi todas las áreas y un riesgo mayor que el grupo cerrado por motivos de normalización, siendo las diferencias estadísticamente significativas en cinco de ellas:

- Área 11. Salud física, es decir, el grupo cerrado por motivos de custodia presentaba mayores dificultades físicas sin seguimiento médico (73,9%) al inicio de la intervención que el grupo cerrado por motivos de normalización (43,3%).
- Área 12. Medicación, es decir, el grupo cerrado por motivos de custodia presentaba, al inicio de la intervención, mayores problemas bien de falta de adherencia a la medicación, bien de pauta de consumo inadecuado de la misma o bien de falta total de toma de medicación necesaria para sus problemas de salud (82,2%), que el grupo cerrado por motivos de normalización (50%).
- Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento, es decir, un porcentaje mayor de personas del grupo cerrado por motivos de custodia no habían sido informadas, al inicio de la intervención del SAP, acerca de su situación y de los riesgos inherentes a la misma, o bien no habían comprendido toda la

información (28,9%), que el grupo cerrado por motivos de normalización (3,3%).

- Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes), es decir, las personas del grupo cerrado por motivos de custodia presentan un riesgo mayor que los cerrados por motivos de custodia en cuanto a la posibilidad de sufrir accidentes derivados de su situación (provocar incendios en su vivienda, sufrir caídas o accidentes en el hogar sin poder pedir ayuda, problemas derivados de la falta de higiene de la vivienda o de la presencia de insectos, etc), siendo los porcentajes de necesidad no cubierta 95,7% en el grupo cerrado por motivos de custodia y 76,7% en el grupo de normalización.
- Área 22. Relaciones de pareja. En este caso, ninguna de las personas cerradas por motivos de normalización presentan problemas de parejas, bien por no tenerla o bien por mantener una relación de pareja adecuada. En cambio, el grupo cerrado por motivos de custodia, presenta un porcentaje de casi el 13% en el que estos problemas sí están presentes.

Hay tres áreas en las que las diferencias, aunque no llegan a ser significativas a nivel estadístico, son elevadas, así como el riesgo asociado. Estas áreas son:

- Área 13. Síntomas psicóticos. El grupo cerrado por motivos de custodia presenta un porcentaje (37%) y un riesgo mayor de sufrir sintomatología de tipo psicótica sin atender, es decir, con necesidad no cubierta, que el grupo cerrado por motivos de normalización (20%).
- Área 19. Conducta / riesgo para los demás. De la misma manera que el grupo cerrado por motivos de custodia presentaba un mayor riesgo para sí mismo (área 17 del CANE), su situación, su actitud o su conducta también suponen un riesgo para los demás en una proporción mayor (74,5%) que el grupo cerrado por motivos de normalización (53,3%).

Otra área que merece mención aparte, a pesar de que las diferencias encontradas no hayan alcanzado un nivel estadísticamente significativo, es el Área 16. Riesgo para sí mismo (auto agresión), donde ninguna persona en las que su situación se resolvió por motivos de normalización presentaba, al inicio de la intervención del SAP, ningún indicador de riesgo de autoagresión, mientras que un 8,5% del grupo cerrado por motivos de custodia sí presentaba indicadores de riesgo de autoagresión.

Tabla 5.26. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que presenta necesidad no cubierta en las áreas del CANE.

CANE	Necesidad no cubierta		χ^2	OR	Intervalo
N=84	Normalización	Custodia			
Área 1. Alojamiento	53,3%	66%	1,23	1,695	0,66-4,33
Área 2. Cuidado del hogar	70%	80,9%	1,21	1,81	0,62-5,26
Área 3. Alimentación	46,7%	43,5%	0,08	0,88	0,35-2,22
Área 4. Cuidado personal	70%	80,9%	1,2	1,81	0,62-5,26
Área 5. Cuidado de otra persona	13,3%	19,1%	0,44	1,54	0,43-5,53
Área 6. Actividades diarias	86,7%	93,6%	1,07	2,26	0,47-10,88
Área 7. Memoria	53,3%	60,9%	0,42	1,36	0,54-3,45
Área 8. Vista / oído	37,9%	34%	0,12	0,85	0,32-2,21
Área 9. Movilidad	23,3%	29,8%	0,39	1,39	0,49-3,99
Área 10. Continencia	37%	39,5%	0,04	1,11	0,4-3,06
Área 11. Salud física	43,3%	73,9%	7,2**	3,71	1,4-9,84
Área 12. Medicación	50%	82,2%	5,51**	4,63	1,6-13,41
Área 13. Síntomas psicóticos	20%	37%	2,47	2,35	0,8-6,88
Área 14. Angustia	16,7%	15,9%	0,01	0,95	0,27-3,32
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento	3,3%	28,9%	7,74**	11,78	1,45-95,74
Área 16. Riesgo para sí mismo (auto agresión)	0	8,5%	2,69	---	---
Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes)	76,7%	95,7%	6,45**	6,84	1,32-35,65
Área 18. Seguridad (abuso / abandono)	30%	40,9%	0,92	1,62	0,6-4,33
Área 19. Conducta / riesgo para los demás	53,3%	74,5%	3,66	2,55	0,97-6,74
Área 20. Alcohol	16,7%	11,1%	0,48	0,63	0,16-2,38
Área 21. Compañía	86,7%	91,5%	0,46	1,65	0,38-7,19
Área 22. Relaciones de pareja	0	12,8%	4,15*	---	---
Área 23. Manejo del dinero	23,3%	34,8%	1,13	1,75	0,62-4,96
Área 24. Prestaciones sociales	7,4%	9,3%	0,08	1,28	0,22-7,53

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

5.3.2.4. Funcionamiento global.

A) Resultados en el instrumento EEFG.

A continuación, se presentan los resultados encontrados en la población en aislamiento social atendida por el SAP en cuanto a los valores de funcionamiento global. Se empleó la Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG) (American Psychiatric Association, 2000; versión española en Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

En esta escala, cuyo rango es de 0-100, puntuaciones próximas al 100 indican un mejor funcionamiento y puntuaciones por debajo de 60 indican la presencia de sintomatología de moderada a muy grave y/o dificultades de moderadas a muy graves en la actividad social, laboral o escolar.

La muestra objeto de este estudio presenta una puntuación media de 41,79 en la escala EEFG, lo que indica un grado de funcionamiento bajo a muy bajo. Más de la mitad de la muestra (52,8%) presenta una puntuación inferior a esta media. Las puntuaciones oscilan entre 15 y 85 puntos en esta escala (tabla 5.27).

Tabla 5.27. Resultados encontrados en la muestra en la escala EEFG.

EEFG (N=125)	Media	DT	Mínimo	Máximo	% por debajo de la media
	41,79	12,58	15	85	52,8

B) Funcionamiento global en función del género

Para determinar si existen diferencias en cuanto al funcionamiento global entre hombres y mujeres, como en variables anteriores, se realizan dos tipos de análisis:

- Diferencia de medias entre hombres y mujeres en la puntuación EEFG. Ver tabla 5.28.
- Porcentaje de la población, por sexo, que puntúa por debajo de la media en la puntuación EEFG. Ver tabla 5.29.

Respecto a la diferencia de medias entre hombres y mujeres en la puntuación EEFG, se realiza un análisis de las puntuaciones medias obtenidas en dicho

instrumentos de las 125 personas mayores en aislamiento social evaluadas, contrastando las diferencias entre hombres y mujeres mediante una prueba T para muestras independientes.

Como puede observarse en la tabla 5.28, la media de hombres y mujeres en la puntuación EEFG es muy similar, 43,62 y 41,04 respectivamente, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5.28. Diferencia de medias entre hombres y mujeres en la puntuación de la escala EEFG de funcionamiento global.

EEFG (N=125)	Media Hombres	Media Mujeres	t
Puntuación media	43,62	41,04	1,01
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$			

En la tabla 5.29, se muestra el porcentaje de la población estudiada, por sexo, que muestra una puntuación de funcionamiento global inferior a la media (Media = 41,79). Las mujeres tienen una tendencia a presentar en mayor proporción que los hombres puntuaciones inferiores a la media en cuanto al funcionamiento global, sin que estas diferencias lleguen a ser estadísticamente significativas. En este sentido, las mujeres presentan un funcionamiento global ligeramente peor que el de los hombres, siendo el de ambos subgrupos bastante bajo.

Tabla 5.29. Proporción de la muestra, por sexo, que puntúa por debajo de la media en el EEFG (media = 41,79).

EEFG (N=125)	Puntuación EEFG inferior a la media (<41,79)		χ^2	OR	Intervalo
	Hombre	Mujer			
	47,1%	61%	1,90	0,57	0,25-1,27
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$					

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

C) Funcionamiento global en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

Para determinar si existen diferencias en cuanto al funcionamiento global entre el grupo cerrado por motivos de normalización y el de custodia, como en variables anteriores, se realizan dos tipos de análisis:

- Diferencia de medias entre el grupo cerrado por normalización y el cerrado por custodia en la puntuación EEFG mediante una prueba T para muestras independientes. Ver tabla 5.30.
- Porcentaje de la población, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa por debajo de la media en la puntuación EEFG, mediante el estadístico chi cuadrado y la estimación del riesgo. Ver tabla 5.31.

Hay que recordar que esta puntuación se corresponde con la evaluación llevada a cabo al inicio de la intervención del SAP.

Respecto a la diferencia de medias entre el grupo cerrado por normalización y el cerrado por custodia en la puntuación EEFG, se realiza un análisis de las puntuaciones medias obtenidas en dicho instrumentos de las 84 personas mayores en aislamiento social en las que la intervención se ha concluido por motivos de normalización o custodia, contrastando las diferencias entre ambos grupos.

Como puede observarse en la tabla 5.30, la media en la puntuación EEFG del grupo de cierre por motivos de normalización es 50,17 (desviación típica 14,29), y es superior a la del grupo cerrado por motivos de custodia, cuya media es 37,87 (desviación típica 9,43). En este caso, las diferencias son estadísticamente significativas, mostrando un peor funcionamiento global, en el momento en que el SAP comienza su intervención, de aquellas personas que se cerraron por motivos de custodia.

Tabla 5.30. Diferencia de medias entre el grupo cerrado por normalización y el grupo cerrado por custodia en la puntuación de la escala EEFG de funcionamiento global.

EEFG (N=84)	Media Normalización	Media Custodia	t
Puntuación media	50,17	37,87	4,55***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En la tabla 5.31, se muestra el porcentaje de la población estudiada, por grupo de cierre (normalización o custodia), que muestra una puntuación de funcionamiento global inferior a la media de la muestra total (Media = 41,79). Casi un 70% del grupo cerrado por motivos de custodia puntúa por debajo de la media de la muestra en cuanto a funcionamiento global, reduciéndose este porcentaje a un 33,3% en el grupo cerrado por motivos de normalización. Este resultado vuelve a indicar un peor funcionamiento global del grupo cerrado por motivos de custodia, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5.31. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa por debajo de la media en el EEFG (media = 41,79).

EEFG (N=84)	Puntuación EEFG inferior a la media (<41,79)		χ^2	OR	Intervalo
	Normalización	Custodia			
	33,3%	68,1%	8,92**	0,23	0,09-0,62

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

5.3.2.5. Discapacidad.

A) Resultados en el instrumento WHO-DAS-S.

Se empleó la Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S) (Janca et al., 1996; adaptación española de Organización Mundial de la Salud, 2000).

En la siguiente tabla, se muestran los resultados encontrados en la escala WHO-DAS-S, en el total de la población atendida. A la derecha, se ha añadido una columna más donde se recoge la proporción de personas que presenta niveles de discapacidad de obvia a máxima, es decir, los niveles más altos de discapacidad.

En general, la población objeto de estudio muestra unos niveles muy altos de discapacidad, encontrándose los porcentajes mayores en los niveles de discapacidad seria y muy seria.

Como puede verse tanto en la tabla 5.32 como en la figura 5.6, más del 80% de las personas presenta niveles de discapacidad entre obvia a máxima en las cuatro áreas evaluadas por el instrumento. Se ha elegido como criterio de mayor gravedad discapacidad obvia a máxima puesto que, a partir de una puntuación 2 en esta escala (discapacidad obvia), empieza a considerarse que existe una interferencia con la adaptación social de la persona.

Respecto al cuidado personal, área A del instrumento, la muestra presenta altos niveles de discapacidad (seria-máxima) en un 84,5% de los casos, es decir, un altísimo porcentaje de la población en aislamiento social presenta discapacidad en cuanto a higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.

Respecto al funcionamiento ocupacional, área B del instrumento, la muestra presenta niveles de discapacidad de seria a máxima en un 86,1% de los casos, lo que indica que, de nuevo, un altísimo porcentaje presenta discapacidad respecto al funcionamiento esperado en las actividades domésticas (esta área también evalúa las actividades remuneradas y los estudios, pero al tratarse de población mayor la gran mayoría no se encuentran trabajando ni estudiando).

Respecto al funcionamiento familiar, área C del instrumento, aquellas personas de la muestra que tienen familiares presentan niveles de discapacidad de seria a máxima en un 93,1%, es decir, presentan graves problemas de discapacidad en cuanto a las interacciones esperadas con los familiares, con especial atención a la conducta de la persona evaluada dentro del ámbito familiar.

Respecto al funcionamiento en el contexto social amplio, área D del instrumento, casi la totalidad de la muestra (99,2%) presenta niveles de discapacidad de seria a máxima, es decir, prácticamente toda la población en aislamiento social evaluada presenta altos niveles de discapacidad en cuanto a su participación en el ocio y en otras actividades sociales que se espera que realice como miembro de una comunidad.

Tabla 5.32. Resultados generales en la escala WHO-DAS-S en el total de la población atendida.

WHO-DAS-S	Ninguna discapac.		Discap. mínima		Discap. obvia		Discap. seria		Discap. muy seria		Discap. máxima		Discap. obvia-máxima	
N=125	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
A. Cuidado personal	6	7	9,5	11	19	22	26,7	31	37,1	43	1,7	2	84,5	98
B. Funcionamiento ocupacional	5,2	6	8,7	10	11,3	13	25,2	29	34,8	40	14,8	17	86,1	99
C. Funcionamiento familiar	0	0	6,9	6	17,2	15	25,3	22	29,9	26	20,7	18	93,1	81
D. Funcionamiento en otros roles y actividades	0	0	0,9	1	14,7	17	41,4	48	41,4	48	1,7	2	99,2	115

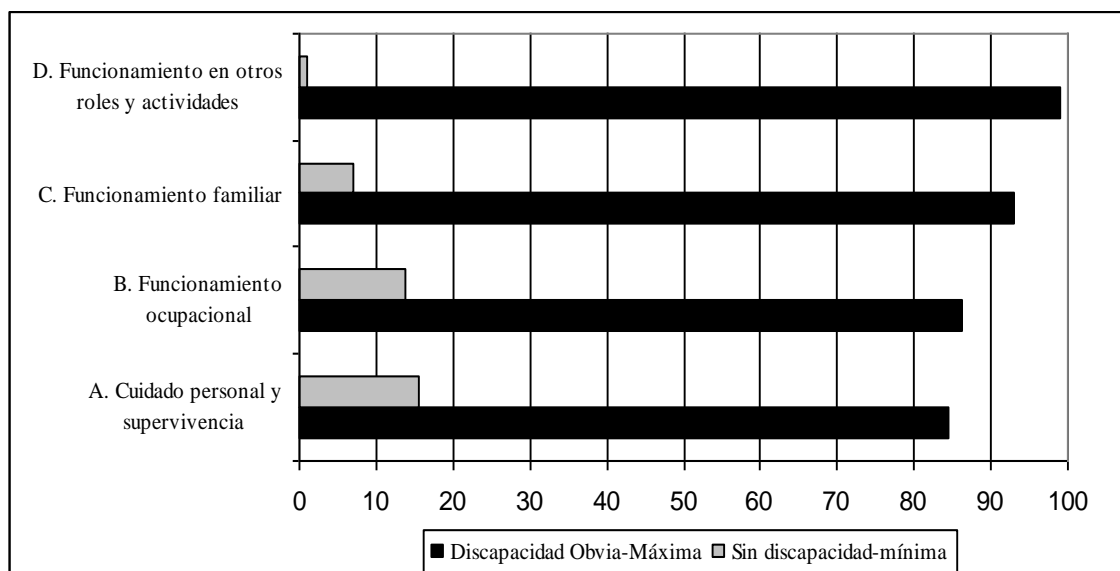


Figura 5.6. Proporción de la muestra con niveles de discapacidad “obvia-máxima” y “sin discapacidad-discapacidad mínima”.

B) Discapacidad en función del género

Para determinar si existen diferencias en los niveles de discapacidad entre hombres y mujeres, se compara la proporción de la muestra, según el género, que puntúa discapacidad entre obvia y máxima, con el estadístico chi cuadrado y la razón de riesgo (*odds ratio*, OR).

Tal y como puede observarse en la tabla 5.33, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los niveles de discapacidad, mostrando ambos grupos una alta proporción de personas con niveles de discapacidad de obvia a máxima. En todas las áreas, excepto en el funcionamiento familiar, los hombres presentan un porcentaje ligeramente superior de discapacidad, pero las diferencias no llegan a alcanzar el nivel estadísticamente significativo.

Tabla 5.33. Proporción de la muestra, por sexos, que puntúa discapacidad obvia-máxima en la escala WHO-DAS-S.

WHO-DAS-S N= 125	Discapacidad obvia- máxima		χ^2	OR	Intervalo
	Hombre	Mujer			
A. Cuidado personal y supervivencia	91,2%	81,7%	1,64	0,43	0,12-1,60
B. Funcionamiento ocupacional	88,2%	85,2%	0,19	0,77	0,23-2,57
C. Funcionamiento familiar	92,6%	93,3%	0,02	1,12	0,19-6,52
D. Funcionamiento en otros roles y actividades	100%	98,8%	0,42	---	---

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

C) Discapacidad en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

Para determinar si existen diferencias en los niveles de discapacidad en función del motivo de cierre, se compara la proporción de la muestra en la que la intervención ya ha concluido por motivos de normalización o de custodia y que puntúa discapacidad entre obvia y máxima, con el estadístico chi cuadrado y la razón de riesgo (*odds ratio*, OR).

Tal y como puede observarse en la tabla 5.34, no existen diferencias significativas entre el grupo cerrado por motivos de normalización y el de custodia en cuanto a los niveles de discapacidad, mostrando ambos grupos una alta proporción de personas con niveles de discapacidad de obvia a máxima. No obstante y teniendo en cuenta que las diferencias no son estadísticamente significativas, puede observarse que el grupo cerrado por motivos de custodia presenta en todas las áreas un porcentaje mayor de personas con discapacidad de seria a máxima al inicio de la intervención del SAP, presentando en las cuatro áreas que evalúa el instrumento porcentajes superiores al 90%. Esta tendencia coincide con la observada en las otras variables evaluadas y comentadas en los apartados anteriores.

Tabla 5.34. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que puntúa discapacidad obvia-máxima en la escala WHO-DAS-S.

WHO-DAS-S N= 84	Discapacidad obvia-máxima		χ^2	OR	Intervalo
	Normalización	Custodia			
A. Cuidado personal	80%	91,5%	2,14	2,69	0,69-10,47
B. Funcionamiento ocupacional	80%	93,6%	3,29	3,67	0,84-15,99
C. Funcionamiento familiar	86,4%	94,1%	0,99	2,53	0,39-16,51
D. Funcionamiento en otros roles y actividades	96,7%	100%	1,59	0,97	0,91-1,03

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

5.3.2.6. Deterioro cognitivo.

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación del deterioro cognitivo, valorada mediante juicio y evaluación clínicos. La evaluación se ha llevado a cabo mediante una escala diseñada al efecto que puntúa según un rango de gravedad con las siguientes puntuaciones: 1 (sin deterioro), 2 (deterioro leve), 3 (deterioro moderado) y 4 (deterioro grave). Esta escala ha sido descrita en el Capítulo 4.

A) Resultados encontrados según valoración clínica.

A continuación, se presentan los resultados sobre posible deterioro cognitivo en la población de personas mayores en aislamiento social atendidas por el SAP (ver tabla 5.35). En esta tabla de resultados, se ha añadido una columna a la derecha, donde se indica el porcentaje de personas de la muestra que presentan un deterioro cognitivo de moderado a grave, es decir, con un nivel de deterioro que estaría afectando a su funcionamiento diario.

Tabla 5.35. Niveles de deterioro cognitivo en la muestra de personas en aislamiento atendida por el SAP.

Deterioro cognitivo	Sin deterioro		Deterioro leve		Deterioro moderado		Deterioro grave		Deterioro de moderado a grave	
N=125	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
(Escala diseñada al efecto)	37,6	44	23,9	28	32,5	38	6	7	38,5	45

Como puede verse, casi un 40% de la muestra presenta niveles de deterioro cognitivo de moderado a grave al inicio de la intervención del SAP, es decir, un porcentaje bastante elevado de la población en aislamiento social derivada al SAP tiene un nivel de deterioro cognitivo difícilmente recuperable y que puede estar afectando a su funcionamiento social, actividades de la vida diaria, etc.

B) Deterioro cognitivo en función del género

Para saber si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al nivel de deterioro cognitivo que presentan, se tienen en cuenta los datos referentes al porcentaje de personas de la muestra que presentan un nivel de deterioro cognitivo de moderado a grave, frente a aquellas que no muestran deterioro cognitivo o lo presentan en un grado leve.

Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en aislamiento en cuanto a su nivel de deterioro cognitivo, presentando las mujeres una mayor proporción de casos con niveles altos de deterioro cognitivo (46,3%) que los hombres (20%) (ver tabla 5.36).

Tabla 5.36. Proporción de la muestra, por sexo, que presenta un deterioro cognitivo de moderado a grave.

Deterioro cognitivo	Deterioro Moderado-Grave		χ^2	OR	Intervalo
N= 125	Hombre	Mujer			
(Escala diseñada al efecto)	20%	46,3%	7,19**	3,46	1,36-8,80

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

C) Deterioro cognitivo en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

Para saber si existen diferencias significativas entre el grupo cerrado por normalización y el cerrado por custodia en cuanto al nivel de deterioro cognitivo que presentan, se toman en cuenta los datos referentes al porcentaje de personas de la muestra que presentan un nivel de deterioro cognitivo de moderado a grave, frente a aquellas que no muestran deterioro cognitivo o lo presentan en un grado leve.

Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su nivel de deterioro cognitivo entre aquellos cerrados por motivos de normalización, grupo que presenta un 43,8% de casos con deterioro cognitivo de moderado a grave, y los cerrados por custodia que presentan un 45,8% (ver tabla 5.37). El porcentaje de los cerrados por motivos de custodia es ligeramente superior al grupo cerrado por motivos de normalización, encontrando la misma tendencia que en variables

anteriores, aunque las diferencias en este caso no lleguen a ser estadísticamente significativas.

Tabla 5.37. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que presenta un deterioro cognitivo de moderado a grave.

Deterioro cognitivo N= 84	Deterioro Moderado-Grave		χ^2	OR	Intervalo
	Normalización	Custodia			
(Escala diseñada al efecto)	43,8%	45,8%	0,03	1,09	0,44-2,68

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

5.3.2.7. Sintomatología psiquiátrica.

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación de la presencia de sintomatología compatible con trastorno mental, valorada mediante juicio y evaluación clínicos. Se evaluarán los siguientes aspectos de dicha variable:

1. Presencia o no de sintomatología compatible con los siguientes trastornos mentales graves: abuso de alcohol, trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad y retraso mental. Se añade una variable de “Presencia de trastorno mental”, si existe sintomatología compatible con uno o más de los trastornos anteriores.
2. Si el trastorno mental ha sido detectado o no previamente a la intervención del SAP y si éste está siendo tratado o no por parte de los servicios de salud (Atención Primaria o Salud Mental).

A) Resultados encontrados según valoración clínica.

A.1. Presencia de sintomatología compatible con trastorno mental grave.

Tal y como ya se ha expuesto, a continuación se mostrarán los resultados acerca de la presencia o no de sintomatología compatible con los siguientes trastornos mentales graves: abuso de alcohol, trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad y retraso mental. Además, se ha añadido una variable, denominada “Presencia de trastorno mental”, en la que se recoge si existe sintomatología compatible con uno o más de los trastornos anteriores.

Como puede verse en la tabla 5.38, el trastorno mental más frecuente en la muestra atendida es el trastorno psicótico o presencia de sintomatología psicótica (25,8%), seguido del abuso de alcohol (16,1%), los trastornos de personalidad (14,3%) y el trastorno del estado de ánimo (10%). Aunque los porcentajes por trastorno de manera individual no son muy elevados, cuando se tiene en cuenta la variable “Presencia de trastorno mental”, en total un 60% de la muestra presenta sintomatología compatible con alguno de estos trastornos. Es decir, más de la mitad de la muestra presenta sintomatología compatible con algún trastorno mental grave en el momento de la derivación e inicio de la intervención del SAP.

Tabla 5.38. Presencia de sintomatología compatible con trastorno mental grave en la muestra en aislamiento social atendida por el SAP.

Salud mental (N=125)	Presente		No presente	
	%	n	%	n
Abuso de Alcohol	16,1	19	83,9	99
Tt. estado de ánimo	10	12	90	108
Tt. psicótico	25,8	31	74,2	89
Tt. de ansiedad	9,2	11	90,8	109
Tt. de personalidad	14,3	17	85,7	102
Retraso mental	4,1	5	95,9	118
Tt. mental (si presenta alguno de los anteriores)	60,8	73	39,2	47

A.2. Detección/intervención previa por parte de los servicios de salud.

En este apartado, se presentan los datos referentes a la detección y/o intervención previa a la intervención del SAP por parte de los servicios de salud (Atención Primaria o Salud Mental) en aquellos casos en los que existe sintomatología compatible con la presencia de un trastorno mental (60,8% de la muestra total).

Los resultados en esta variable indican que en el 62% de los casos en los que existe sintomatología de un trastorno mental, éste no está detectado ni está siendo tratado desde los servicios de salud (Atención Primaria o Salud Mental). Del 38% que tienen sintomatología de un trastorno mental y ésta es conocido por los servicios de

salud, sólo un 5,6% están recibiendo algún tipo de tratamiento. Los resultados pueden verse en la figura 5.7.

De esta manera, un 94,4%, es decir, casi la totalidad de la muestra que presenta sintomatología compatible con alguno de los trastornos mentales evaluados no está siendo tratada en el momento en que el SAP inicia su intervención, bien porque desde los servicios de salud no se tiene constancia de la presencia de dicho trastorno (62% de los casos), bien porque, aunque se conoce la sintomatología de la persona, ésta no está recibiendo el tratamiento adecuado (32,4%).

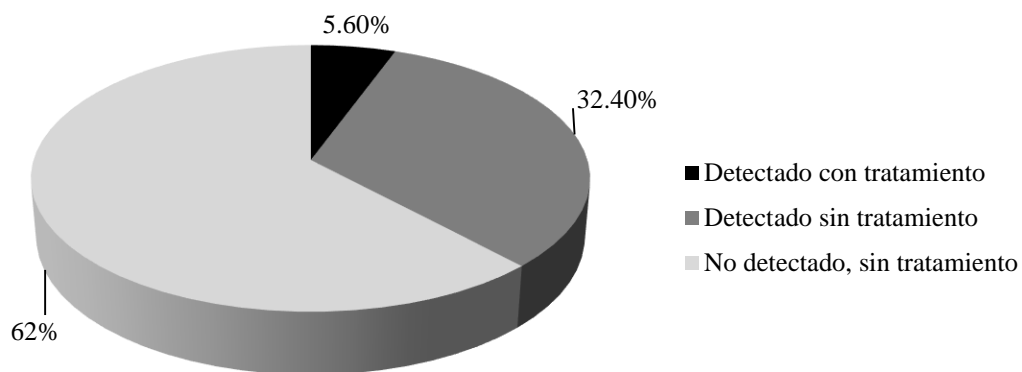


Figura 5.7. Gráfica del porcentaje de casos con sintomatología compatible con trastorno mental grave en los que existe una detección y/o tratamiento por parte de los servicios de salud, previo a la intervención del SAP.

B) Sintomatología psiquiátrica en función del género

B.1. Presencia de sintomatología compatible con trastorno mental grave.

Respecto a las diferencias existentes entre hombres y mujeres en la variable de presencia de sintomatología compatible con trastorno mental grave, se realizan análisis chi-cuadrado y razón de riesgo (*odds ratio*, OR). Según los resultados de estos análisis, que pueden verse en la tabla 5.39, los hombres presentan en mayor proporción sintomatología correspondiente a los trastornos de abuso de alcohol (30,3%) y retraso mental (13,5%) que las mujeres (10,6% en el caso del alcohol y sin casos para retraso mental), siendo las diferencias estadísticamente significativas. En el resto de trastornos, y aunque las diferencias no lleguen a ser significativas a nivel estadístico, merece la pena resaltar la mayor proporción de mujeres con sintomatología compatible con trastorno de ánimo, 12,9% frente al 2,9% en los hombres; con trastorno psicótico, 28,6% frente al 19,4% en los hombres; y con trastorno de personalidad, 16,7% frente al 8,6% en los hombres.

No obstante, a pesar de existir estas diferencias, algunas estadísticamente significativas, en estos trastornos concretos, en cuanto a la variable que engloba las anteriores, es decir la de la presencia de sintomatología compatible con alguno de los trastornos mentales evaluados, no se encuentran diferencias entre hombres y mujeres, hallando altos niveles de presencia de trastorno mental en ambas submuestras, 63,9% para los hombres y 59,5% para las mujeres.

Tabla 5.39. Proporción de la muestra, por sexo, que presenta trastorno mental grave.

Salud mental (N=125)	Presencia de trastorno mental		χ^2	OR	Intervalo
	Hombre	Mujer			
Abuso de Alcohol	30,3%	10,6%	6,84**	0,27	0,09-0,75
Tt. estado de ánimo	2,9%	12,9%	2,80	5,05	0,63-40,74
Tt. psicótico	19,4%	28,6%	1,10	1,66	0,64-4,29
Tt. de ansiedad	11,4%	8,2%	0,30	0,69	0,19-2,54
Tt. de personalidad	8,6%	16,7%	1,32	2,13	0,57-7,95
Retraso mental	13,5%	0	12,11***	---	---
Tt. mental (si presenta alguno de los anteriores)	63,9%	59,5%	0,20	0,83	0,37-1,86

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

B.2. Intervención previa por parte de los servicios de salud.

Para este análisis, se ha dividido la muestra de personas en aislamiento social que presentan sintomatología compatible con un trastorno mental grave en aquellos que sí están recibiendo un tratamiento por parte de los servicios de salud, previo a la intervención del SAP, y en aquellos que no lo están recibiendo (estén detectados o no por los servicios de salud).

Como puede verse en la tabla 5.40, los resultados indican que no existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a esta variable, encontrando porcentajes elevados en ambas submuestras, porcentaje que es ligeramente superior en los hombres (57,9%) que en las mujeres (51,7%).

Tabla 5.40. Proporción de la muestra con sintomatología compatible con trastorno mental, por sexo, que no está recibiendo tratamiento de sus problemas de salud mental desde los servicios de salud, previamente a la intervención del SAP.

Tratamiento desde los servicios de salud del trastorno mental (N=125)	Sin recibir tratamiento		χ^2	OR	Intervalo
	Hombre	Mujer			
	57,9%	51,7%	0,41	0,78	0,36-1,68

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para las mujeres.

OR <1: > riesgo para los hombres.

C) Sintomatología psiquiátrica en función del motivo de cierre (Normalización o Custodia)

C.1. Presencia de sintomatología compatible con trastorno mental grave.

Respecto a las diferencias existentes entre el grupo cerrado por motivos de normalización y el de custodia en la variable de presencia de sintomatología compatible con trastorno mental grave, se realizan análisis chi-cuadrado y razón de riesgo (*odds ratio*, OR).

Según estos análisis, tal y como puede verse en la tabla 5.41, no existen diferencias estadísticamente significativas para ningún trastorno concreto ni para la variable que los engloba a todos “Presencia de trastorno mental”. No obstante, puede observarse la misma tendencia que en otras variables, es decir, el grupo cerrado por motivos de custodia presenta porcentajes más elevados de presencia de sintomatología compatible con todos los trastornos mentales evaluados que el grupo cerrado por motivos de normalización en todos los trastornos evaluados, excepto en trastorno de ansiedad, y un mayor porcentaje de presencia de trastorno mental, 67,3% frente al 51,5% del grupo cerrado por motivos de normalización.

Tabla 5.41. Proporción de la muestra, por motivo de cierre (normalización o custodia), que presenta trastorno mental grave.

Salud mental (N=84)	Presencia de trastorno mental		χ^2	OR	Intervalo
	Normalización	Custodia			
Abuso de Alcohol	15,2%	16,7%	0,03	1,12	0,33-3,78
Tt. estado de ánimo	6,1%	14,3%	1,37	2,58	0,5-13,3
Tt. psicótico	18,2%	26,5%	0,77	1,63	0,55-4,83
Tt. de ansiedad	12,1%	10,2%	0,07	0,82	0,2-3,33
Tt. de personalidad	6,1%	18,8%	2,68	3,58	0,72-17,77
Retraso mental	3%	3,9%	0,05	1,31	0,11-15,01
Tt. mental (si presenta alguno de los anteriores)	51,5%	67,3%	2,08	1,94	0,78-4,81

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

C.2. Intervención previa por parte de los servicios de salud.

Como en análisis anteriores, se ha dividido la muestra de personas en aislamiento social que presentan sintomatología compatible con un trastorno mental grave en aquellos que sí están recibiendo un tratamiento por parte de los servicios de salud, previo a la intervención del SAP, y en aquellos que no lo están recibiendo (estén detectados o no por los servicios de salud).

Los resultados (ver tabla 5.42) indican que no existen diferencias entre el grupo cerrado por motivos de normalización, cuyo porcentaje de personas con trastorno mental sin recibir tratamiento es del 45,5%, y el grupo cerrado por motivos de custodia, cuyo porcentaje es 60,8%. De nuevo, a pesar de que las diferencias no alcanzan un nivel estadísticamente significativo, el porcentaje de personas que no están recibiendo tratamiento para su trastorno de salud mental es mayor en el grupo de custodia, manteniendo la tendencia observada en variables anteriores.

Tabla 5.42. Proporción de la muestra con sintomatología compatible con trastorno mental, por motivo de cierre (normalización o custodia), que no está recibiendo tratamiento de sus problemas de salud mental desde los servicios de salud, previamente a la intervención del SAP.

Tratamiento desde los servicios de salud del trastorno mental (N=84)	Sin recibir tratamiento		χ^2	OR	Intervalo
	Normalización	Custodia			
	45,5%	60,8%	1,9	1,86	0,77-4,51

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

OR >1: > riesgo para el grupo de custodia.

OR <1: > riesgo para el grupo de normalización.

5.3.3. Evaluación de la efectividad del programa.

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al tercer objetivo específico de intervención de este estudio de investigación: Evaluar la efectividad de la intervención llevada a cabo por el SAP.

La efectividad de la intervención del Servicio de Apoyo Psicológico se ha evaluado mediante la toma de datos antes de la intervención y después de la intervención en las siguientes medidas:

- Salud y funcionamiento psicosocial (HoNOS65+)
- Necesidades socio-sanitarias (CANE)
- Funcionamiento global (EEFG)
- Discapacidad (WHO-DAS-S)

La medida post-tratamiento se toma en un plazo de tiempo que oscila entre los tres y los seis meses siguientes a la finalización de la intervención. Como se ha visto en apartados anteriores, las condiciones de la muestra son de gran deterioro y cronicidad en su estado de aislamiento, por lo que las medidas post-tratamiento se retrasan hasta unos meses después de finalizar la intervención con el objetivo de evaluar no sólo la consecución de los objetivos de intervención, sino su consolidación a medio plazo.

Respecto a la muestra empleada para estos análisis, se han empleado los datos de la muestra de personas en aislamiento cerrados en 2ª fase, es decir, tras intervención del

SAP. Se han cerrado 84 casos en esta 2ª fase, de ellos, en cuanto a la situación de la medida Post:

- De 68 personas se dispone de datos pre-post, aunque no de todas las medidas (en cada apartado se especifica el número de evaluaciones Post de las que se dispone). La discrepancia en el número de evaluaciones de seguimiento en los distintos instrumentos se debe a que cada medida fue cumplimentada según la información disponible, no siendo posible en todos los casos contactar con todos los agentes implicados o realizar observaciones directas de la persona evaluada.
- A 13 no ha sido posible localizarles para realizar el seguimiento.
- 3 fallecieron en las semanas posteriores al cierre de la intervención, antes de realizar el seguimiento.

En definitiva, se dispone de datos de seguimiento, en al menos una medida, del 83,95% de la muestra post aplicable (excluyendo de esta muestra post aplicable a los 3 casos fallecidos antes del momento del seguimiento).

A continuación, se exponen en detalle los resultados obtenidos en las distintas variables mencionadas.

5.3.3.1. Salud y funcionamiento psicosocial (Escala de Evolución para Personas Mayores de 65 años, HoNOS65+)

Respecto a la variable de Salud y funcionamiento psicosocial, evaluada a través de las Escalas HoNOS65+, el análisis que se ha realizado es una prueba t de diferencia de medias para muestras relacionadas para cada una de las escalas y para la puntuación total.

Respecto a la muestra empleada en estos análisis, los datos pre-post en las Escalas HoNOS65+ son de 46 personas, lo que supone que se dispone de datos de un 56,79% de la muestra post aplicable.

Los resultados de dicho análisis pueden verse en la figura 5.8 y con más detalle en la tabla 5.43.

La tendencia general es hacia el mantenimiento o la mejora en todas las variables de las escalas HoNOS65+. En todas ellas, la media en la puntuación disminuye, lo que

indica una mejoría, ya que en esta escala, puntuaciones menores indican mejor funcionamiento:

- 0 = Sin problema
- 1 = Problema menor
- 2 = Problema leve
- 3 = Problema moderado
- 4 = Problema grave

Se encuentran diferencias significativas entre el pre y el post en 7 de las 12 escalas incluidas en el instrumento. Las diferencias se encuentran tanto en escalas de sintomatología psicopatológica y de alteración del comportamiento, como son las escalas 1, 3, 6 y 8; escalas de funcionamiento más relacionado con lo social, como son las escalas 9 y 12; y la escala 11, más relacionada con las condiciones del lugar en el que vive, tanto a nivel higiénico como de habitabilidad, decoración, estímulos presentes, etc.

Escalas de sintomatología psicopatológica y de alteración del comportamiento:

- Escala 1. Conducta Agitada (Media pre: 1,64 / Media post: 0,91). En esta escala, la media pre indica una problemática próxima a leve, mientras que la puntuación post indica que la problemática ha disminuido a niveles próximos a problema menor.
- Escala 3. Problemas relacionados con el consumo problemático de alcohol o drogas (Media pre: 0,5 / Media post: 0,11). La media pre indica puntuaciones próximas a problemática menor, mientras que la media post está más próxima a sin problema.
- Escala 6. Problemas relacionados con la presencia de alucinaciones/delirios (Media pre: 0,91 / Media post: 0,49). La puntuación pre estaría más próxima a niveles de problemática menor, mientras que la post está más próxima a niveles de sin problema.
- Escala 8. Otros problemas mentales o conductuales (Media pre: 1,09 / Media post: 0,2). Esta escala evalúa la presencia de otros trastornos mentales tales como fobias, ansiedad, obsesión-compulsión, sobrecarga mental y tensión, problemas disociativos o de tensión, trastorno somatoforme, problemas de alimentación por exceso o por defecto, hipersomnias/insomnio y problemas

sexuales. La media pre indica una problemática menor, mientras que la media post indica que dicha problemática ha disminuido hasta casi desaparecer.

Escalas de funcionamiento en el ámbito social:

- Escala 9. Problemas con las relaciones sociales o de apoyo (Media pre: 3,53 / Media post: 2,09). En esta escala la muestra presentaba unos niveles de problemática moderada a grave en el momento pre, mientras que en el momento del seguimiento estos niveles bajaron a un nivel leve.
- Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno cotidiano (Media pre: 3,53 / Media post: 2,04). En esta escala se repiten los mismos resultados que en la escala 9 comentada anteriormente, pasando de niveles de problemática moderada-grave a niveles leves.

Escala relacionada con las condiciones del lugar en el que vive:

- Escala 11. Problemas con las condiciones vida (Media pre: 2,57 / Media post: 0,98). En esta escala, la media pre indica una problemática respecto a las condiciones de vida moderada-grave, pasando a un nivel de problemática menor en el momento post.

Respecto a la puntuación total de la HoNOS65+ (ver figura 5.9), también se aprecian diferencias significativas entre el momento previo al inicio de la intervención del SAP (21,5) y el momento posterior (13,72), apreciándose de nuevo una mejoría significativa de la muestra en esta variable (la puntuación total máxima en las escalas HoNOS65+ es de 48).

Tabla 5.43. Diferencia de medias pre-post intervención de las escalas HoNOS65+

Escalas HoNOS65+ (N=46)	Media PRE	Media POST	t
Escala 1. Conducta Agitada	1,64	0,91	4,67***
Escala 2. Autolesiones no accidentales	0,07	0	1,35
Escala 3. Consumo problemático alcohol /drogas	0,5	0,11	2,78**
Escala 4. Problemas cognitivos	1,76	1,72	0,63
Escala 5. Problemas enfermedad física/discapacidad	2,59	2,54	0,47
Escala 6. Problemas por alucinaciones/delirios	0,91	0,49	3,38**
Escala 7. Problemas síntomas depresivos	0,31	0,24	1,4
Escala 8. Otros problemas mentales/conductuales	1,09	0,2	4,65***
Escala 9. Problemas relaciones sociales o de apoyo	3,53	2,09	8,36***
Escala 10. Problemas Actividades Vida Diaria	2,96	2,93	0,18
Escala 11. Problemas con las condiciones vida	2,57	0,98	8,33***
Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno	3,53	2,04	8,35***
HoNOS65+ Total	21,5	13,72	10,12***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

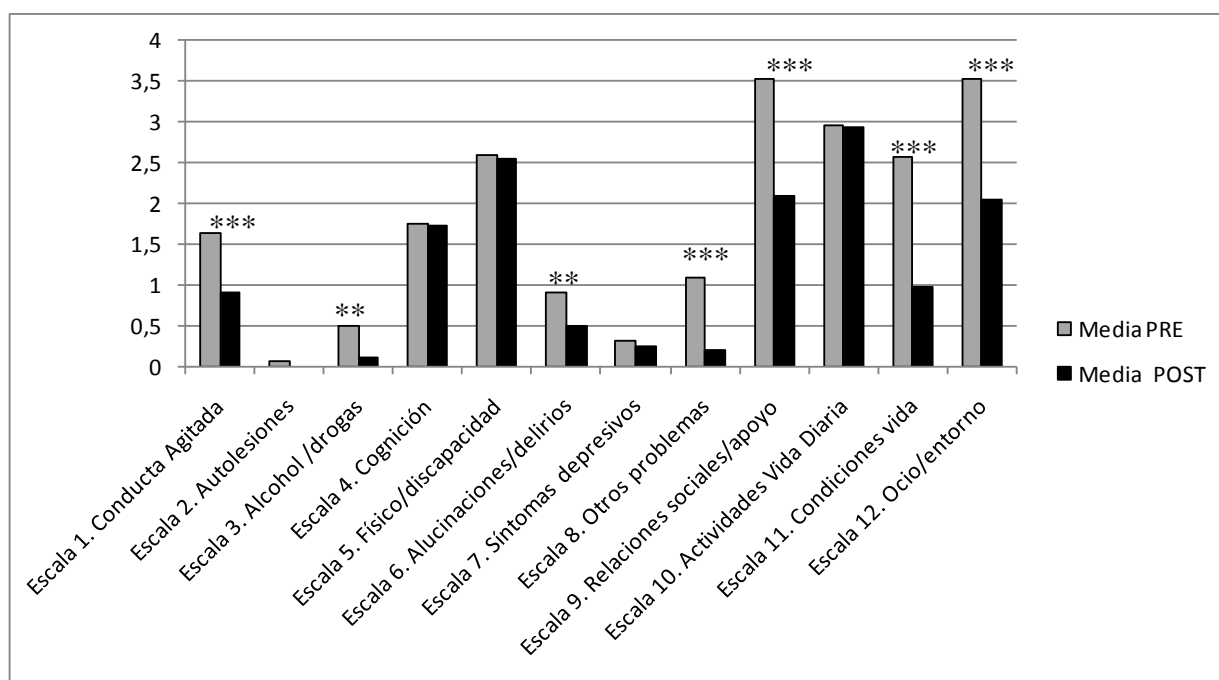


Figura 5.8. Medias pre-post intervención de las escalas HoNOS65+

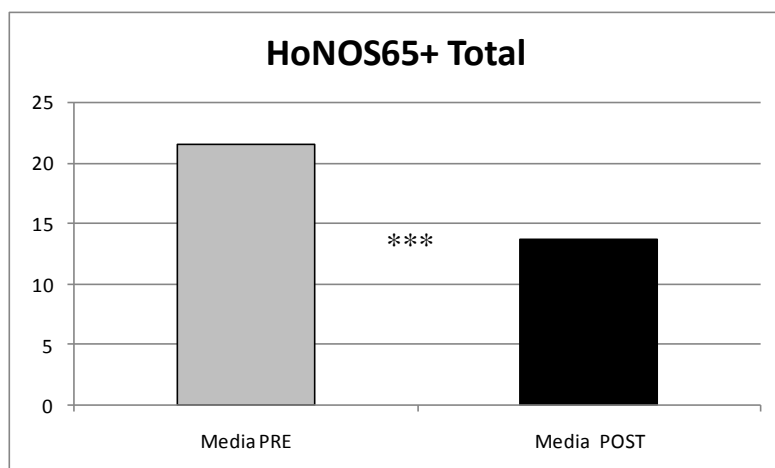


Figura 5.9. Medias pre-post intervención del Total HoNOS65+

5.3.3.2. Necesidades socio-sanitarias (Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell, CANE)

Respecto a la variable de Necesidades socio-sanitarias, evaluada a través del CANE, el análisis que se ha realizado es una prueba t de diferencia de medias para muestras relacionadas respecto al número total de necesidades no cubiertas en el momento previo a la intervención en comparación con el número total de necesidades no cubiertas en el momento posterior a la intervención. En las 24 áreas de necesidad valores próximos a 0 indican que no hay necesidad; 1 significa que la necesidad existe pero está cubierta; y 2 indica que la necesidad está no cubierta.

Respecto a la muestra empleada en estos análisis, los datos pre-post en el CANE son de 68 personas, es decir, se dispone de datos de un 83,95% de la muestra post aplicable.

De nuevo, la tendencia general es hacia un menor número de necesidades sin cubrir, descendiendo de una media de 10,49 necesidades no cubiertas en el momento previa a la intervención a una de 1,15 necesidades sin cubrir en el momento posterior a la intervención (ver tabla 5.44 y figura 5.10).

Tabla 5.44. Diferencia de medias pre-post intervención en el número total de necesidades no cubiertas en el CANE.

CANE (N= 68)	Media PRE	Media POST	t
Nº medio de necesidades no cubiertas	10,49	1,15	19,99***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

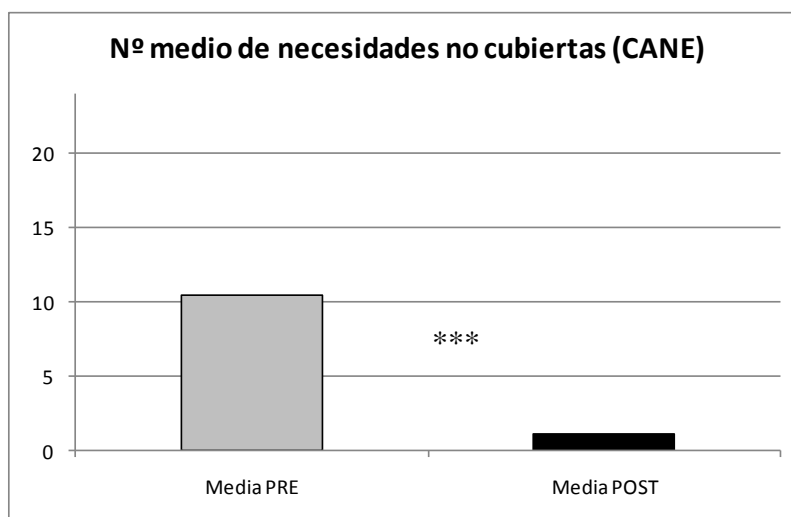


Figura 5.10. Medias pre-post número total de necesidades no cubiertas en la escala CANE

Respecto a la comparación por áreas de necesidad, el porcentaje de necesidades no cubiertas disminuye de manera considerable en casi todas las áreas, consiguiendo porcentajes inferiores al 15% de necesidad no cubierta en todas las áreas excepto las áreas 7 y 8, memoria y vista/oído respectivamente, donde la disminución del porcentaje de necesidad no cubierta en el momento post ha sido inferior: 49,3% para “memoria” y 29,2% para “vista/oído”. Si añadimos a este análisis el de las necesidades que se han cubierto, se observa que el porcentaje de necesidad cubierta ha aumentado también de manera considerable tras la intervención en todas las áreas (en comparación con el porcentaje de necesidades cubiertas en el momento previo a la intervención). Ambas observaciones parecen indicar que tras la intervención se han cubierto aquellas necesidades que no estaban cubiertas en el momento previo.

En la tabla 5.45 y en la figura 5.11, puede verse una comparación de las 24 áreas de necesidad evaluadas, presentándose el porcentaje de necesidades no cubiertas y el

porcentaje de necesidades cubiertas en los momentos previo y posterior a la intervención.

Tabla 5.45. Porcentajes de necesidad no cubierta y necesidad cubierta pre-post intervención en las áreas de necesidad de la escala CANE

CANE (N=68)	% necesidades no cubiertas		% necesidades cubiertas	
	PRE	POST	PRE	POST
Área 1. Alojamiento	63,2	2,9	0	79,4
Área 2. Cuidado del hogar	77,9	4,4	14,7	94,1
Área 3. Alimentación	44,8	2,9	37,3	89,7
Área 4. Cuidado personal	79,4	7,4	8,8	85,3
Área 5. Cuidado de otra persona	16,2	0	0	1,5
Área 6. Actividades diarias	92,6	7,4	2,9	86,8
Área 7. Memoria	58,2	49,3	0	11,9
Área 8. Vista / oído	34,3	29,2	14,9	20
Área 9. Movilidad	27,9	6	26,5	50,7
Área 10. Continencia	43,9	0	3,5	54,4
Área 11. Salud física	64,2	2,9	16,4	83,8
Área 12. Medicación	73,4	2,9	14,1	85,3
Área 13. Síntomas psicóticos	31,3	3	1,5	28,4
Área 14. Angustia	13,8	1,5	1,5	13,8
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento	19,7	0	19,7	32,4
Área 16. Riesgo para sí mismo (auto agresión)	4,4	0	1,5	6
Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes)	88,2	5,9	0	82,4
Área 18. Seguridad (abuso / abandono)	37,9	4,4	19,7	58,8
Área 19. Conducta / riesgo para los demás	63,2	2,9	4,4	63,2
Área 20. Alcohol	13,6	0	3	16,4
Área 21. Compañía	89,7	13,2	0	86,8
Área 22. Relaciones de pareja	5,9	1,5	5,9	4,4
Área 23. Manejo del dinero	34,3	0	23,9	82,4
Área 24. Prestaciones sociales	8,2	0	6,6	10,8

% NECESIDADES CUBIERTAS POR ÁREAS DEL CANE



% NECESIDADES NO CUBIERTAS POR ÁREAS DEL CANE

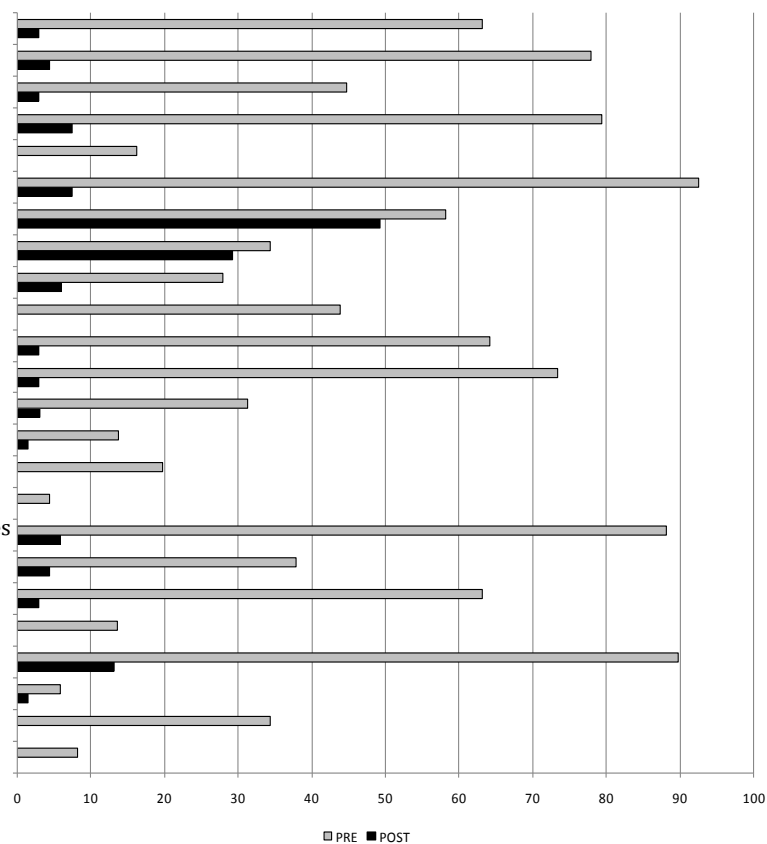


Figura 5.11. Porcentaje de necesidades no cubiertas y necesidades cubiertas en los momentos pre y post intervención en las áreas del CANE

5.3.3.3. Funcionamiento global (Escala de Evaluación del Funcionamiento Global de la *American Psychiatric Association* EEFG)

Respecto a la variable de Funcionamiento global, evaluada a través del EEFG, el análisis que se ha realizado es una prueba t de diferencia de medias para muestras relacionadas.

Respecto a la muestra empleada en estos análisis, los datos pre-post en el EEFG son de 46 personas, lo que supone que se dispone de datos de un 56,79% de la muestra post aplicable.

La tendencia general es hacia la mejora en el funcionamiento global, aumentando la puntuación media EEFG en el momento post (en este instrumento, puntuaciones superiores indican mejor funcionamiento global). Estas diferencias entre el pre y el post son estadísticamente significativas (tabla 5.46 y figura 5.12).

Tabla 5.46. Diferencia de medias pre-post intervención en la escala EEFG de funcionamiento global.

EEFG (N= 46)	Media PRE	Media POST	t
	44,67	52,24	-4,06***
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$			

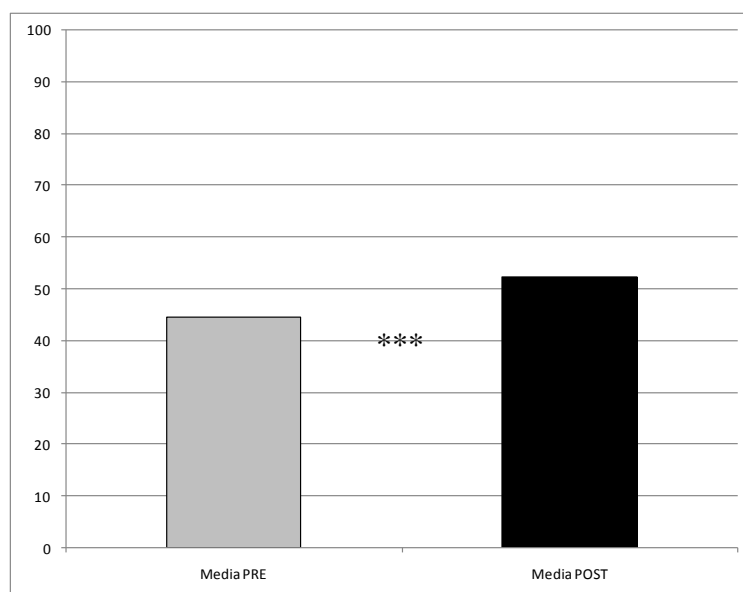


Figura 5.12. Medias pre-post intervención en la escala EEFG de funcionamiento global.

5.3.3.4. Discapacidad (Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, WHO-DAS-S)

Respecto a la variable de Discapacidad, evaluada a través del WHO-DAS-S, el análisis que se ha realizado es una prueba t de diferencia de medias para muestras relacionadas.

Respecto a la muestra empleada en estos análisis, los datos pre-post en el instrumento WHO-DAS-S son de 46 personas, lo que supone que se dispone de datos de un 56,79% de la muestra post aplicable.

Existen diferencias significativas en las cuatro áreas de discapacidad que incluye el instrumento, siendo la tendencia de todas ellas hacia la mejora, es decir, hacia un funcionamiento más adecuado de las personas de la muestra (ver tabla 5.47 y figura 5.13). En todas ellas, la media en la puntuación disminuye, lo que indica una mejoría, ya que en esta escala, puntuaciones menores indican niveles menores de discapacidad:

- 0 = Ninguna discapacidad
- 1 = Discapacidad mínima
- 2 = Discapacidad obvia
- 3 = Discapacidad seria
- 4 = Discapacidad muy seria
- 5 = Discapacidad máxima

Es necesario recordar que para los análisis llevados a cabo con este instrumento, se ha elegido como criterio de mayor gravedad discapacidad obvia (2) a máxima (5) puesto que, a partir de una puntuación 2 en esta escala (discapacidad obvia), empieza a considerarse que existe una interferencia con la adaptación social de la persona.

Respecto a cada una de las escalas:

A. Cuidado personal y supervivencia (Media pre: 2,93 / Media post: 1,39). En esta escala, la media pre indica una problemática seria, mientras que la puntuación post indica que la problemática ha disminuido a niveles próximos a discapacidad mínima. En esta escala se ha conseguido disminuir hasta niveles de discapacidad inferiores al criterio de gravedad establecido.

B. Funcionamiento ocupacional (Media pre: 3,31 / Media post: 2). La media pre indica puntuaciones próximas a discapacidad seria, mientras que la media post está más próxima a discapacidad obvia.

C. Funcionamiento familiar (Media pre: 3,12 / Media post: 2,03). En esta escala la muestra presentaba unos niveles de discapacidad seria en el momento pre, mientras que en el momento del seguimiento estos niveles bajaron a un nivel de discapacidad obvia.

D. Funcionamiento en otros roles y actividades (Media pre: 3,23 / Media post: 1,95). En esta escala, la media pre indica una problemática seria, mientras que la puntuación post indica que la problemática ha disminuido a niveles ligeramente inferiores a discapacidad obvia. En esta escala, al igual que en la escala A, también se ha conseguido disminuir hasta niveles de discapacidad inferiores al criterio de gravedad establecido.

Tabla 5.47. Diferencia de medias pre-post intervención en la escala WHO-DAS-S.

WHO-DAS-S (N=46)	Media PRE	Media POST	t
A. Cuidado personal y supervivencia	2,93	1,39	8,82***
B. Funcionamiento ocupacional	3,31	2	6,04***
C. Funcionamiento familiar	3,12	2,03	5,42***
D. Funcionamiento en otros roles y actividades	3,23	1,95	6,98***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

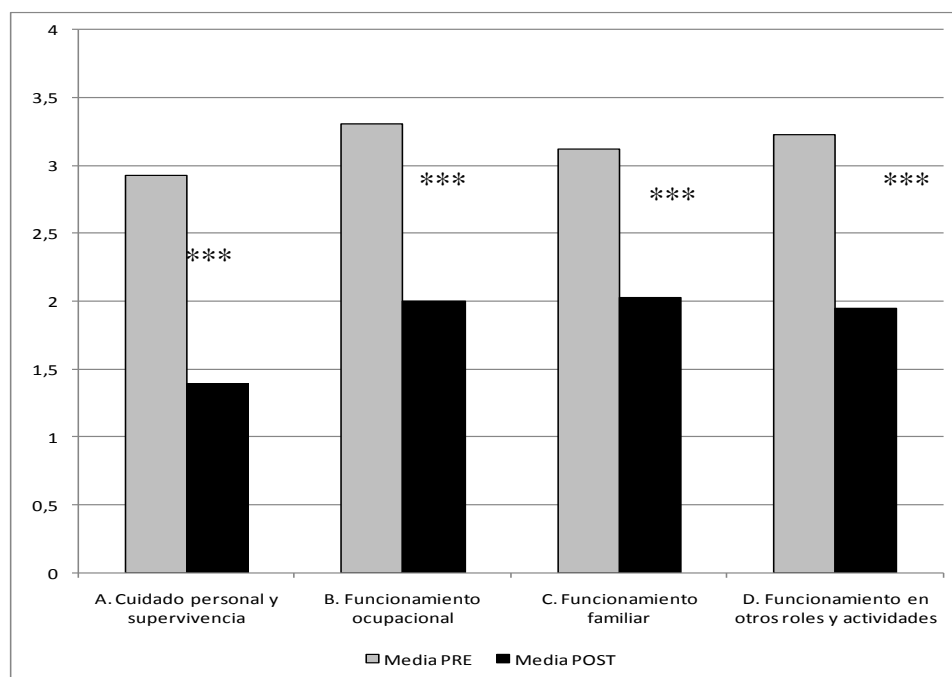


Figura 5.13. Medias pre-post intervención en la escala WHO-DAS-S

Capítulo 6

Discusión

6.1. Implantación del Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid (SAP)

El presente trabajo ha puesto de manifiesto el valor añadido que supone la colaboración entre instancias municipales, responsables de la atención directa a las personas mayores y la Universidad, creando equipos de colaboración y trabajo conjunto que han permitido conjugar los aspectos más aplicados con las exigencias del trabajo de investigación. En este sentido, se ha conseguido un trabajo y coordinación multidisciplinar en el que han participado psicólogos, médicos geriatras, enfermeros, trabajadores sociales, etc.

El Servicio ha conseguido estar presente en los 21 distritos de la ciudad de Madrid y ser un recurso más dentro del funcionamiento habitual de los Servicios Sociales municipales. En el primer año de puesta en marcha del SAP, se registraron los niveles más altos de derivación de casos de aislamiento social y, a pesar de que en los tres años siguientes el número de derivaciones ha disminuido, se han conseguido niveles constantes de derivación en torno a los 35 casos anuales, cifra más ajustada que la del primer año para la ratio usuario:profesional, 15:1, propuesta para el Servicio.

El cierre de casos en estos primeros 4 años de funcionamiento ha estado relacionado en una proporción mayor con motivos de custodia, debido sobre todo a los altos niveles de deterioro cognitivo, físico y mental encontrados en la muestra. No obstante, en casi un 40% de los casos cerrados se ha conseguido poner fin a la situación de aislamiento a través de la aceptación voluntaria de ayudas formales y/o informales (motivos de normalización). En los apartados siguientes se va a profundizar en la descripción de la población en aislamiento social atendida y la diferencia entre los grupos cerrados por motivos de normalización y de custodia, dado que la situación ideal

sería poder acceder a la población antes de que su nivel de deterioro haga necesaria la intervención judicial.

Respecto a la duración e intensidad de la intervención, los resultados ponen de manifiesto que se trata de un trabajo a medio y largo plazo, con una duración media de casi 8 meses y 25 contactos y unos máximos de 2 años de intervención y 127 contactos.

6.2. Población en aislamiento social

A continuación, se comentan los resultados más relevantes respecto a la población en aislamiento social atendida, por un lado, sus características sociodemográficas y otras variables de interés y, por otro, las conclusiones referentes a cada variable.

6.2.1. Características sociodemográficas y otras variables de interés

Con este trabajo se ha conseguido avanzar en el conocimiento y la descripción de una población poco conocida como son las personas mayores en situación de aislamiento social. En concreto, el perfil que se ha encontrado es el siguiente:

- Son en su mayoría mujeres, solteras, que viven solas, con una edad media de 81,02 años. El estado civil y la convivencia son las dos variables en las que la muestra difiere más de la población mayor de 65 años de la ciudad de Madrid.
- Casi el 80% de la muestra no ha tenido hijos, por lo que parece que el hecho de no tener hijos puede llegar a ser uno de los factores de vulnerabilidad más relevantes de la situación de aislamiento social.
- Los vecinos y los servicios sanitarios son las fuentes de detección principales del aislamiento en mayores y los que con mayor frecuencia dan la voz de alarma de esta situación a los Servicios Sociales. Una de cada cuatro personas atendidas llegan a los Servicios Sociales por información de los vecinos. Estos suelen acudir a los Servicios Sociales porque están preocupados por la situación de un vecino aislado, es decir, son denuncias para dar la voz de alarma, con el objeto de proteger a la persona mayor, no se trata de denuncias recriminatorias hacia la misma en la mayoría de los casos. Los vecinos son uno de los agentes informales más importantes en la intervención del SAP, trabajando con ellos en distintas direcciones: hacia la desestigmatización de la persona en aislamiento dentro de su

comunidad, como facilitadores de los primeros contactos, para avisar ante situaciones de emergencia, etc. En este sentido, el trabajo de información y concienciación con las comunidades de vecinos podría ser una línea de investigación e intervención interesante para lograr una detección precoz del problema y llegar a un mayor número de casos de aislamiento.

- El caso de la llegada al servicio por denuncia de los familiares no es tan frecuente, pero es muy significativo desde un contexto de intervención ya que se parte de una preocupación y un interés por parte del familiar, lo que ayudará a que, en la mayoría de los casos, la intervención tenga como uno de sus objetivos principales la recuperación de este tipo de relaciones.
- Parte de la muestra atendida ya presentaba una situación de gran deterioro en el momento de la derivación al SAP, conocida por los Servicios Sociales, ya que un 20% ya tenían abiertos expedientes solicitando la incapacitación y/o ingreso no voluntario en la Fiscalía de Mayores.
- Respecto a la diferenciación entre hombres y mujeres, no difieren en ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas, ni en la fuente de derivación a Servicios Sociales ni en el porcentaje de casos con expediente abierto en la Fiscalía de Mayores. Parece por tanto que ser hombre o mujer no es una variable relevante en este sentido.
- En cuanto a la diferenciación por motivo de cierre, normalización o custodia, tampoco arroja diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas ni de procedencia de la derivación, pero sí respecto a la existencia de un expediente previo en la Fiscalía de Mayores, encontrando que el grupo cerrado por motivos de custodia presentaba en un porcentaje mayor dicho expediente previo a la derivación al SAP. Este dato debe ser tenido en cuenta a la hora de revisar los criterios de admisión del SAP con vistas a optimizar los recursos, valorando si los casos que ya tengan expediente abierto deberían o no ser incluidos en el Servicio y comenzar una intervención con ellos.

6.2.2. Salud y funcionamiento psicosocial

A nivel de salud y de funcionamiento psicosocial, los problemas más frecuentes de la población mayor en aislamiento social son los siguientes:

- Los que tienen que ver con su salud física, debido por un lado a la elevada edad de la muestra atendida, pero también al rechazo sistemático de la asistencia sanitaria y la falta de adherencia a la medicación prescrita.
- Los que tienen que ver con las relaciones sociales, no sólo por la carencia de las mismas, implícita en la propia definición de aislamiento, sino también por la existencia de conflictos, la falta de habilidades sociales y los problemas en su relación con el entorno, bien por evitación, bien por agresividad física o verbal hacia los otros.
- Los que tienen que ver con las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, en lo que se refiere a su autocuidado, vestimenta, higiene y alimentación. En este sentido, una de las características más relevantes de la población objeto de estudio es la autonegligencia en su cuidado, reflejado tanto en su falta de habilidades para las actividades de la vida diaria, como en su nivel de discapacidad en cuanto a su cuidado personal (ver punto 6.2.5.)
- Los que tienen que ver con las condiciones de la vivienda y la falta de provisiones básicas en la misma (por ejemplo, calefacción, luz, higiene o facilidades para cocinar). Es decir, no sólo presentan dificultades para hacerse cargo del cuidado de la vivienda, sino que ésta presenta, en un alto porcentaje de la muestra, carencias a niveles básicos de habitabilidad.
- Los que tienen que ver con las actividades de ocio, encontrando que la mayoría de la población atendida no realiza actividades de ocio constructivas, ni acude a ningún centro que pudiera ofertarlas, rechazándolos. No se trata tanto de que no salgan de casa, sino que cuando salen lo hacen para deambular por la calle, sin un propósito concreto y sin implicarse en ninguna actividad que pudiera proporcionarles una experiencia social y personal satisfactoria.

En cuanto a la diferenciación por género, los hombres presentan mayores problemas de consumo de alcohol que las mujeres, mientras que éstas tienen un riesgo mayor de presentar problemas cognitivos y problemas por alucinaciones o delirios. Es decir, tanto hombres como mujeres presentan bajos niveles de salud y funcionamiento psicosocial, pero en el caso de los hombres el consumo de alcohol agrava esta situación, mientras que en el caso de las mujeres son los problemas cognitivos y otros relacionados con alucinaciones y delirios los que agravan el deterioro y la situación de aislamiento.

En cuanto a la diferenciación por motivo de cierre, normalización o custodia, aunque es cierto que el grupo que se cerró por motivos de custodia ya al comienzo de la intervención presentaba peores puntuaciones en cuanto a su salud y su funcionamiento psicosocial, los resultados en esta variable no indican diferencias significativas entre ambos grupos que pudieran ayudar a la hora de decidir si un caso con el que se está interviniendo debería ser puesto en conocimiento de la Fiscalía de Mayores. Sin embargo, si se atiende a la puntuación total de las escalas HoNOS65+, sí puede hablarse de un indicador de deterioro que posiblemente llevará a la necesidad de tomar medidas de protección judicial. En aquellos casos que tengan una puntuación igual o superior a 23 en estas escalas, sería conveniente acelerar la valoración global para determinar si las medidas de protección son necesarias o si conviene continuar con la intervención hacia la aceptación voluntaria de recursos.

6.2.3. Necesidades socio-sanitarias

El número de necesidades no cubiertas en la población mayor en aislamiento social es bastante elevado, encontrando más de 10 áreas de necesidad sin cubrir en más de la mitad de la muestra. Las áreas en las que este nivel de necesidad sin cubrir es más elevado coinciden básicamente con las problemáticas encontradas en cuanto a salud y funcionamiento psicosocial y son las que tienen que ver con:

- El área social y de ocio, encontrando que casi la totalidad de la población mayor en aislamiento social de este estudio presenta una clara necesidad de relaciones sociales de apoyo y de realizar actividades de ocio constructivas que podrían ayudar a generar nuevas relaciones. Este resultado no es sorprendente puesto que el hecho de tener una red social de apoyo nula o escasa es uno de los criterios de inclusión en el Servicio, por tanto, ya desde el momento de la derivación el área social es una de las áreas a trabajar.
- Las actividades de la vida diaria, encontrando que más de un 70% presenta problemas tanto en su autocuidado (higiene personal, alimentación, etc), como en el cuidado del hogar, sobre todo en lo que tiene que ver con la higiene del mismo. Este dato
- El área de la salud física y mental, encontrando que un alto porcentaje de la población estudiada no acude a su médico para tratar sus problemas de salud, ni recibe la medicación necesaria, o bien, aunque acuda esporádicamente al centro de

salud, después no sigue las prescripciones médicas ni realiza un seguimiento médico adecuado. Además, más de la mitad de la muestra tiene algún problema de desorientación o de memoria y no acude al especialista para recibir ayudas en este sentido.

- El área de la vivienda, en concreto, la falta de condiciones de habitabilidad y existencia de provisiones básicas en la misma. De nuevo se encuentra que la problemática no tiene que ver sólo con la falta de higiene de la vivienda, sino con la falta de provisiones básicas en la misma, lo que dificulta la intervención hacia la aceptación voluntaria de ayudas en el domicilio, sobre todo en los casos en los que las condiciones de habitabilidad no llegan a un nivel mínimo.
- El riesgo de provocar o sufrir accidentes, tanto para sí mismo como para los demás. Esta necesidad, en concreto para la población mayor en aislamiento social atendida por el SAP, está relacionada con varios aspectos: con la existencia de conflictos en la comunidad y conductas física o verbalmente agresivas por parte de la persona en aislamiento, ya comentada en el apartado anterior, o por parte de otros; con las malas condiciones higiénicas de la vivienda y la existencia de plagas de insectos o roedores; acumulación de basuras y enseres con potencial riesgo de incendios, caídas en el domicilio; etc.

En cuanto a la diferenciación por género, los hombres presentan un riesgo mayor de tener necesidades no cubiertas en las áreas de cuidado, tanto de sí mismo como de otra persona, y tener un consumo problemático de alcohol. De nuevo aparece que los hombres, frente a las mujeres, tienen un riesgo mayor de tener problemas asociados al abuso de alcohol. Por otro lado, las mujeres tienen un riesgo mayor de presentar necesidades por la presencia de sintomatología psicótica, resultado que se repite respecto a las escalas HoNOS65+. Ninguna de las dos áreas de necesidad está presente en una proporción alta de la muestra.

Resultan interesantes los resultados en el área de prestaciones sociales, puesto que la mayor parte de la población estudiada no tiene necesidad en esta área, lo que significa, básicamente, que están cobrando de manera correcta la pensión que les corresponde. No obstante, las pocas personas que tienen una necesidad no cubierta respecto a esta área son mujeres. Esto es debido seguramente a que la mayor parte de las mujeres de esa edad no han trabajado y, por tanto, no tienen pensiones de jubilación y

desconocen que pueden solicitar otras ayudas económicas como las pensiones no contributivas. Hay que resaltar el hecho de que la mayor parte sí está cobrando correctamente las ayudas económicas que les corresponden y tienen viviendas, aunque éstas estén en malas condiciones higiénicas e incluso de habitabilidad, dos hechos que les separan de niveles más extremos de exclusión como puede ser la situación sin hogar.

Respecto a la diferenciación por motivos de cierre, normalización o custodia, los resultados son muy interesantes y esclarecedores, situando la evaluación de necesidades como un criterio de decisión muy importante a la hora de discriminar entre aquellos en los que la intervención va a ir dirigida a la aceptación voluntaria de ayudas y de aquellos en los que se seguramente será necesaria una intervención judicial. El grupo cerrado por motivos de custodia presentaba en el momento del inicio de la intervención casi 3 necesidades no cubiertas más, de media, que el grupo cerrado por motivos de normalización. El criterio en este caso sería que en aquellos casos que presenten 11 necesidades sin cubrir o más habría que acelerar el proceso de evaluación global para decidir sobre el curso de la intervención, hacia la custodia o hacia la normalización.

Además, el grupo cerrado por motivos de custodia presentaba, como grupo, una proporción mayor de necesidad no cubierta en todas las áreas en el momento de inicio de la intervención, encontrando que hay algunas áreas de necesidad que, en caso de no estar cubiertas, también pueden apuntar hacia una intervención de custodia. En general, puede decirse que hay que prestar especial atención a aquellos casos que tengan enfermedades físicas sin tratamiento; a los que no se les haya informado bien de la situación en la que se encuentran y los riesgos que se derivan de la misma; que tengan un riesgo elevado de sufrir o provocar accidentes, en mayor medida para sí mismos, pero también para los demás; y que teniendo pareja, tengan problemas de relación o convivencia con ella. A estos indicadores habría que añadir aquellos casos que presentan sospecha de sintomatología psicótica y aquellos que presentan riesgo de autoagresión, áreas que no han resultado estadísticamente significativas, seguramente debido al reducido tamaño muestral que presentaba necesidad no cubierta en ellas, pero que por su elevado riesgo deben ser tenidas en cuenta.

6.2.4. Funcionamiento global

Respecto al funcionamiento global, aunque no puede establecerse una relación de causa-efecto puesto que es posible que el bajo funcionamiento global les llevara a la situación de aislamiento o viceversa, lo que sí puede afirmarse es que la población mayor en aislamiento social atendida por el SAP presenta unos niveles de funcionamiento global bajos o muy bajos, lo que afectará a la intervención y a los objetivos que se concreten en cada caso.

En cuanto a la diferenciación por género, tanto hombres como mujeres presentan los mismos niveles bajos o muy bajos de funcionamiento global, por lo que ser hombre o mujer no condicionará la intervención en este sentido.

Por el contrario, la puntuación obtenida en cuanto al funcionamiento global en el momento de inicio de la intervención sí resulta muy interesante a la hora de determinar si la intervención debe dirigirse hacia la normalización o hacia la custodia, puesto que el grupo que finalmente se cerró por motivos de custodia presentaba aproximadamente 13 puntos menos, de media, en la escala de funcionamiento global EEFG que el grupo cerrado por motivos de normalización. De esta manera, un criterio para decidir si es necesario iniciar medidas judiciales de protección de la persona en aislamiento es que haya puntuado por debajo de los 38 puntos en dicha escala.

6.2.5. Discapacidad

Respecto a los niveles de discapacidad de la población objeto de estudio, estos son elevados, encontrando niveles de discapacidad que pueden interferir con la adaptación social de la persona en las cuatro áreas evaluadas:

- Cuidado personal. De nuevo aparece la autonegligencia como un factor muy presente dentro de la población en aislamiento social. Esto se concreta en problemas a la hora de mantener la higiene personal, la forma de vestirse o alimentarse, etc. El cuidado personal se consolida, por lo tanto, como uno de los objetivos clave hacia los que debe dirigirse la intervención.
- Funcionamiento ocupacional. En concreto en la población atendida se refiere a su desempeño con las tareas del hogar, puesto que no se encuentran trabajando ni estudiando en el momento actual. De nuevo las dificultades para el cuidado de la

vivienda en cuanto a su higiene y organización aparece como un factor muy presente en esta población y, por lo tanto, como otro de los objetivos clave de la intervención.

- Funcionamiento familiar. Aquellas personas de la muestra que tienen familia, presentan graves problemas en su relación con ellos. Este dato apoya la inclusión de los familiares dentro de los agentes facilitadores informales con los que el SAP contacta a la hora de comenzar la intervención. De esta manera, los familiares no son sólo agentes que pueden facilitar la evaluación o los primeros contactos, sino que mejorar su relación con la persona en aislamiento se convierte en un objetivo de la intervención en sí mismo.
- Funcionamiento en el contexto social amplio. la carencia de relaciones sociales está implícita en la propia definición de aislamiento, pero estos resultados van más allá y hacen referencia a la problemática a la hora de desenvolverse a nivel social en la población objeto de estudio, donde casi la totalidad presenta graves niveles de discapacidad a la hora de relacionarse con otros. Es decir, el aislamiento social no es sólo la carencia de relaciones sociales, como podría ser el caso de la soledad, sino que además conlleva una discapacidad a la hora de relacionarte con los otros. Este resultado va en la línea de las definiciones que diferencian entre soledad y aislamiento o soledad y exclusión social.

En cuanto a la diferenciación por género, tampoco en este caso se encuentran diferencias entre hombres y mujeres que hagan pensar en la necesidad de establecer objetivos o intervenciones diferentes en función del género.

Respecto a la diferenciación por motivo de cierre, normalización o custodia, tampoco se encuentran diferencias entre ambos grupos, aunque el grupo cerrado por motivos de custodia presente niveles de discapacidad superiores en todas las áreas. Respecto a la discapacidad, no es posible establecer un criterio que ayude a discriminar cuál debe ser la dirección de la intervención.

6.2.6. Deterioro cognitivo

Los datos indican que un alto porcentaje de la muestra presenta en el momento del inicio de la intervención niveles de deterioro cognitivo difícilmente recuperables y que seguramente están afectando a su funcionamiento en todas las áreas. La cuestión que

habría que plantearse a continuación es si el SAP es el recurso idóneo al que deben ser derivadas estas personas con un nivel moderado-grave de deterioro cognitivo en las que la intervención va a estar condicionada por sus problemas cognitivos, o si sería necesario el diseño de recursos e intervenciones específicas para la población que no sólo sufre las consecuencias de un aislamiento social, sino que además presenta la problemática asociada al deterioro cognitivo, en cuyo caso debería incluirse un criterio de exclusión del SAP y descartar aquellos casos con niveles de deterioro cognitivo altos.

Para responder a esta pregunta, merece la pena adelantar en este caso los resultados que se refieren al motivo de cierre, normalización o custodia. Los resultados sugieren que el nivel de deterioro cognitivo en el momento de inicio de la intervención no supone una diferencia en cuanto al motivo de cierre, es decir, que aunque cabría pensar que aquellos casos con niveles moderado-graves de deterioro cognitivo serían finalmente cerrados por motivos de custodia, esto no se ajusta a la realidad que reflejan los datos. Por lo tanto, parece que el deterioro cognitivo no condiciona necesariamente la dirección de la intervención y no se justifica la exclusión de estos casos de la población objeto de atención del SAP.

En cuanto a la diferenciación por géneros, en este caso parece que las mujeres en aislamiento social son más susceptibles de padecer un deterioro cognitivo de moderado a grave. Esto va en la misma línea de los hallazgos encontrados en el área de salud y funcionamiento psicosocial (punto 6.2.2.).

6.2.7. Sintomatología de trastorno mental

Los resultados indican que la población mayor en aislamiento social estudiada presenta, en más de la mitad de los casos, sintomatología compatible con algún trastorno mental grave que, además, no está siendo tratado. Ninguno de los trastornos por sí mismo es excesivamente frecuente, es decir, no se puede hablar de un trastorno mental concreto que sea muy prevalente en la población estudiada o que sea definitorio de la misma, pero sí lo es la presencia de alguno de ellos o, al menos, de sintomatología que haría necesaria una valoración exhaustiva. Otro hecho que merece la pena resaltar es que casi la totalidad de la muestra que presenta trastorno mental no está recibiendo en el momento actual ningún tipo de tratamiento. Este hecho recalca aún más el elevado

nivel de deterioro de la muestra que, en este caso, sufre las consecuencias tanto del aislamiento como del trastorno mental sin tratamiento. La necesidad de profesionales de la salud mental trabajando con esta población, como lo son las psicólogas del SAP, queda aún más patente a la luz de estos resultados.

En cuanto a la diferenciación por géneros, de nuevo los hombres se diferencian de las mujeres por su consumo abusivo de alcohol, como ya se ha comentado en los apartados anteriores. También aparecen diferencias en cuanto a retraso mental, pero éstas deben ser tenidas en cuenta con cautela dado el escaso tamaño muestral.

Respecto a la diferenciación por motivos de cierre, en este caso, igual que sucedía con el deterioro cognitivo, la presencia de trastorno mental en el momento previo a la intervención no parece determinar la dirección de la misma hacia la normalización o la custodia, aunque vuelve a ser el grupo de custodia el que tiene un mayor porcentaje de personas con sintomatología de alguno de los trastornos mentales evaluados.

6.3. Efectividad del Servicio de Apoyo Psicológico al mayor en aislamiento social en Madrid (SAP).

Los resultados que se refieren a la efectividad del SAP son esperanzadores y muy significativos. De hecho, se observa una mejoría o una parada del deterioro en todas las variables medidas llegando en la mayoría de los casos a la significación estadística a pesar del bajo número de personas de la muestra y la exigencia estadística de las pruebas empleadas en estos tamaños grupales.

Respecto al estado de salud y funcionamiento psicosocial, la tendencia general es hacia el mantenimiento o la mejora en todas las variables evaluadas, encontrándose mayores mejoras en las áreas relativas a sintomatología psicopatológica y de alteración del comportamiento; aspectos sociales (relaciones sociales y actividades de ocio); condiciones de vida; y funcionamiento psicosocial global.

En cuanto a la capacidad del Servicio para activar recursos para cubrir necesidades socio-sanitarias en la población estudiada, de nuevo se observa una tendencia general hacia el mantenimiento o la mejora en todas las áreas evaluadas, encontrándose una reducción drástica del número total de necesidades no cubiertas y mayores mejoras en las áreas relativas a:

- Condiciones de vida: alojamiento, cuidado del hogar, prestaciones sociales
- Cuidado personal: alimentación, cuidado personal, cuidado de otra persona, AVD y manejo del dinero.
- Salud física y mental: movilidad, continencia, salud física, medicación, síntomas psicóticos, angustia, información sobre su enfermedad y tratamiento, alcohol.
- Riesgos: riesgo para sí mismo y/o para los demás, seguridad (abuso / abandono).
- Relaciones sociales: compañía.

Respecto al funcionamiento global, también se encuentra una mejora que, aunque es significativa y, por lo tanto es un resultado positivo, no llega a alcanzar niveles de normalidad, manteniéndose en niveles de sintomatología moderada a grave.

De forma similar, respecto a la discapacidad, la tendencia general es hacia la mejora en todas las áreas evaluadas. En este sentido la intervención del servicio se muestra efectiva para reducir los niveles de discapacidad: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar y funcionamiento en el contexto social amplio.

En resumen, aunque no es fácil modificar la sintomatología y se parte de una población muy deteriorada, se consigue una mejora en casi todas las áreas de funcionamiento, necesidad y discapacidad evaluadas.

6.4. Limitaciones y líneas futuras de investigación

El hecho de que se haya realizado un estudio de investigación poniendo en marcha un servicio de atención psicológico real, para una población con graves necesidades de intervención, que además se ha incluido en una red de trabajo, la de los Servicios Sociales municipales de la ciudad de Madrid, con una metodología de funcionamiento ya establecida, es uno de los mayores logros de este estudio, pero a la vez es también una de sus mayores limitaciones.

En este sentido, los datos han de valorarse teniendo en cuenta las siguientes carencias y limitaciones de este estudio:

1. Carencia de grupo control para poder comparar los resultados de la intervención no sólo con los niveles basales de la población atendida, sino también con población en

aislamiento social sin intervención del SAP. Aunque finalmente se descartó y se asumió como una de las limitaciones metodológicas del estudio, la posibilidad de tener un grupo control fue un punto muy debatido durante el diseño del estudio, planteándose distintas posibilidades tales como:

- Que el grupo control recibiera finalmente la intervención del SAP, manteniéndose durante la toma de datos en una “lista de espera”. Esta opción presentaba varios problemas metodológicos, como por ejemplo el establecimiento de cuánto tiempo era necesario dejar transcurrir sin intervención para considerar que el caso era comparable con otro que sí hubiera recibido la intervención del Servicio. Pero además presentaba problemas éticos debido a la inclusión del SAP en la red de Servicios Sociales, donde la atención a los casos, una vez que se conocen, debe ser inmediata y poner al servicio de la intervención todos aquellos recursos disponibles, entre ellos el SAP, para la mejora de la situación de la persona.
- Que el grupo control fueran aquellos casos clasificados como aislamiento por Servicios Sociales, pero cuya intervención ya hubiera finalizado. Es decir, se trataría de un grupo control cuyos datos de la evaluación se conseguirían tras la revisión de las anotaciones en el expediente de Servicios Sociales, sin que fuera posible el acceso a estas personas por parte de los profesionales del SAP. Esta opción presentaba problemas en cuanto a la protección de datos y en cuanto a la fiabilidad de los resultados de la evaluación, difícilmente comparables con aquellos obtenidos de la población en intervención.

2. El tamaño muestral es relativamente escaso en algunas variables. Las restricciones en los criterios de inclusión en el SAP hacen que la muestra no sea excesivamente numerosa, puesto que se ha dado prioridad a asegurarse de que en la muestra están sólo aquellos casos que se encuentran en una clara situación de aislamiento social, descartando aquellos que:

- No reciben ayudas, o al menos no todas las que necesitarían, no por el rechazo de las mismas, sino por otros motivos, tales como problemas burocráticos en su gestión, por no cumplir el perfil exigido por parte de las instancias municipales o por otras cuestiones ajenas a la persona demandante de dichas ayudas.

- Se encuentran en situación de soledad, con una red de apoyo social escasa, pero que no llegan al extremo de la exclusión social con la pérdida de habilidades para gestionar el ámbito social, del autocuidado, etc.
 - No tengan los 65 años cumplidos. Este criterio de inclusión no está relacionado con el fenómeno de la exclusión ni del aislamiento, pudiendo darse éste en cualquier edad. No obstante, este estudio trata sobre personas mayores en aislamiento social y, por lo tanto, se ha mantenido una actitud estricta en este sentido.
3. La selección de los instrumentos de evaluación se ha visto limitada por las características de la muestra y las dificultades de enganche existentes, que han hecho necesaria la selección de instrumentos heteroaplicados, descartando aquellos en versión autoaplicada.
 4. El tratarse de una intervención global, en la que se incluyen todas las áreas de funcionamiento de la persona y todos los agentes formales e informales necesarios, dificulta la concreción o protocolización de la intervención de la manera convencional, es decir, especificando número de sesiones, duración y contenido de las mismas, orden en el que se abordan los distintos aspectos a intervenir, etc. Este hecho dificulta, aunque no imposibilita, el que se puedan replicar los resultados por parte de otros investigadores.

Respecto a las líneas futuras, destacan las siguientes:

1. Uno de los principales retos es, por supuesto, superar las limitaciones comentadas anteriormente.
2. Dada la importancia que tienen en todo el proceso de enganche, evaluación e intervención los agentes facilitadores formales e informales, sería de gran interés realizar un análisis detallado sobre quiénes son estos agentes mayoritariamente y qué perfil tienen, en qué áreas y momentos de la intervención actúan y cómo podría optimizarse su apoyo a la intervención. Algunas consideraciones sobre esta línea futura son las siguientes:
 - Desde el SAP, se está trabajando con asociaciones de voluntariado, estableciendo un perfil con las características y los compromisos del voluntario en este tipo de casos, dándoles formación para la intervención con

la población mayor en aislamiento social e involucrándoles directamente en la intervención con aquellos casos de aislamiento que podrían beneficiarse de la misma, contando en todo momento con la supervisión de las psicólogas del Servicio. Se ha comenzado el trabajo con voluntarios puesto que son una figura de apoyo con unas características especiales ya que, por un lado, están recibiendo formación, se planifican objetivos de intervención con ellos que son revisados, y todo esto con una coordinación constante, lo que les convierte en agentes facilitadores formales; pero, por otro lado, la persona en aislamiento no les cataloga como “profesionales”, por lo que cuentan con las ventajas en cuanto a cercanía y accesibilidad de los agentes facilitadores informales.

- A continuación, los siguientes agentes de apoyo con los que se debería comenzar a realizar un trabajo más exhaustivo y protocolizado son los vecinos y los profesionales sanitarios, al ser las dos fuentes de detección de casos más importantes y contar, en muchos casos, con la confianza o al menos la cercanía de la persona en aislamiento.
3. Respecto a los vecinos, también sería importante trabajar para la concienciación vecinal acerca no sólo de la importancia de poner en conocimiento de los Servicios Sociales aquellos casos de aislamiento que hayan detectado en su comunidad, sino también trabajar hacia la desestigmatización de esta población. En este sentido, sería interesante diseñar campañas de difusión, mediante folletos, carteles, etc, acerca de qué puede hacer un vecino comprometido (en cuanto a la detección, enganche, evaluación e intervención) por aquellas personas de su comunidad que precisan de ayuda al encontrarse en situación de exclusión.
 4. Una vez que se conoce mejor esta población mayor en aislamiento social y se ha implementado una intervención que se ha mostrado eficaz, el siguiente paso sería poder prevenir esta situación de exclusión desarrollando un modelo explicativo del aislamiento social que permita la detección precoz de casos en riesgo. En este sentido, también se está avanzando y, como puede verse en el punto 6.6. de esta tesis, se está haciendo un gran esfuerzo por parte del SAP para centrar la atención en aquellos casos de aislamiento cuyo nivel de deterioro no es aún irreversible y en los que se puede trabajar para la normalización. De esta manera, se está recopilando información de los casos en un estadio de menor gravedad que los incluidos en el

presente estudio, con el objetivo de llegar cada vez a más personas cuya situación de aislamiento y exclusión esté en sus primeras fases.

5. Desde el punto de vista de la evaluación, resultaría de interés el desarrollo de un instrumento que pudiera medir el nivel de aislamiento emocional y social que está sufriendo una persona, para posteriormente poder relacionar el resultado en dicho instrumento con una determinada estrategia de intervención.
6. Otra cuestión que merecería la pena indagar es si la intervención diseñada por el SAP también puede aplicarse con los mismos niveles de efectividad en población adulta, no exclusivamente mayor, en situación de aislamiento social.

6.5. Relevancia teórica y práctica de los resultados

El presente estudio ha permitido avanzar en el conocimiento de las características y la problemática de las personas mayores en situación de aislamiento social, población poco conocida y habitualmente desatendida por la investigación. Se ha diseñado un programa de intervención, el SAP, basado en estrategias de búsqueda activa, seguimiento del caso y continuidad de cuidados, que abarca desde el enganche y la evaluación hasta el tratamiento y el seguimiento.

Además de esta aportación teórica, este estudio ha tenido una aplicación práctica directa como es la implementación del SAP, que ha demostrado su efectividad para la mejora de los niveles de salud, funcionamiento psicosocial y global y discapacidad, así como para cubrir necesidades de la población mayor en aislamiento social.

Esta implementación no se ha desarrollado dentro de un marco estrictamente investigador, y ya se han comentado las limitaciones que esto supone, pero el Servicio cuenta con las ventajas de haber sido puesto en marcha y probado en población real y dentro de una potente red de trabajo, los Servicios Sociales municipales de la ciudad de Madrid.

No es habitual que un proyecto de investigación consiga este alcance a nivel práctico, e incluso su mantenimiento una vez concluida la toma de datos, por lo que puede considerarse uno de sus mayores logros. Es por esto por lo que se ha incluido un

apartado más en esta tesis dando cuenta de la progresión del SAP en los años siguientes a la finalización de la toma de datos para este trabajo.

6.6. Situación del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en Madrid (SAP) cinco años después

La toma de datos de este trabajo finalizó el 31 de Mayo de 2010, pero el SAP ha continuado como uno de los recursos específicos para personas mayores disponibles dentro del Ayuntamiento de Madrid. A continuación, se presentan algunos datos sobre la progresión del Servicio a lo largo de los 5 años siguientes a la finalización de la toma de datos de esta tesis, es decir, desde el 1 de Junio de 2010 hasta el 31 de Mayo de 2015.

A la luz de los datos obtenidos y presentados en esta tesis y teniendo en cuenta como objetivo a largo plazo la prevención, es decir, que el Servicio pueda atender cada vez a más personas cuya situación de aislamiento aún no revista la gravedad expuesta en este trabajo, se toman las siguientes decisiones:

1. Centrar la atención en aquellos casos cuyo nivel de deterioro no es irreversible, excluyendo del Servicio aquellos casos que tienen un expediente abierto en la Fiscalía de Mayores (incapacitación/ingreso no voluntario) en el momento de la derivación. Si finalmente este proceso no deriva en medidas de protección judiciales, la inclusión del caso vuelve a ser reconsiderada.
2. Potenciar la intervención con aquellos casos que, tras la evaluación, se consideran susceptibles de normalización, es decir, aquellos cuyo nivel de deterioro es menor y se puede trabajar hacia la aceptación voluntaria de ayudas.
3. Minimizar la carga de trabajo en aquellos casos que, tras la evaluación, se consideran susceptibles de custodia, es decir, aquellos cuyo nivel de deterioro hace necesaria la toma de medidas de protección judicial. En estos casos, una vez realizada la evaluación, se redacta informe de valoración psicosocial para la Fiscalía de Mayores por parte de las psicólogas del SAP y en este punto se concluye la intervención. Si finalmente este proceso no deriva en medidas de protección judiciales, la inclusión del caso vuelve a ser reconsiderada.

4. Se flexibiliza el criterio de inclusión que hace referencia al rechazo de las ayudas “Rechazar las ayudas que se le ofrecen para cubrir sus necesidades desde los servicios sociales y/o sanitarios normalizados”. En este sentido, el SAP decide intervenir con aquellos casos que reciban apoyos que no supongan un seguimiento directo y de la persona en su domicilio (por ejemplo, la Teleasistencia) y/o que se esté haciendo un uso inadecuado del mismo (por ejemplo, tener de alta un Servicio de ayuda a domicilio, pero no haber permitido nunca el paso de la auxiliar a la vivienda).

Por último, el esfuerzo llevado a cabo para la implementación del SAP y la difusión de sus resultados ha tenido como recompensa la obtención de distintos premios:

- Premio a la mejor comunicación en las Jornadas Técnicas Anuales de la Dirección General de Mayores “Nuevas tecnologías: mayor servicio al mayor”, realizada en Madrid 17-19 de Octubre de 2007, con la comunicación: Ausín, B., Santos-Olmo, A.B., Muñoz, M. *Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid*.
- Accésit en la XV Edición del Premio de Psicología “Rafael Burgaleta” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2008) por el trabajo: Ausín, B., Muñoz, M., Santos-Olmo, A.B. y Serrano, P. *Personas mayores con aislamiento social en Madrid: análisis de necesidades, diseño y evaluación de la efectividad de un programa de intervención psicológica*.
- Premio a la mejor comunicación – póster en el XII Congreso de la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología. Alimentación y Nutrición en el Anciano, celebrado en Madrid, 26 Noviembre de 2008, con la comunicación-póster: Santos-Olmo, A.B., Ausín, B., Muñoz, M. y Serrano, P. Estado nutricional en las personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid.

Capítulo 7

Conclusiones

A continuación, se presentan algunas de las conclusiones más relevantes de esta Tesis y de los objetivos planteados.

Respecto al primer objetivo que se planteaba, describir el proceso de implantación del SAP, se ha conseguido que el Servicio esté presente en los 21 distritos de la ciudad de Madrid, recibiendo derivaciones de casos de personas mayores en aislamiento social de todos ellos. De esta manera, se ha introducido dentro del ámbito de la intervención social municipal tanto la figura del psicólogo, escasamente representada en este ámbito hasta la fecha, así como estrategias de intervención psicológica centradas en la personas y en su entorno comunitario y social, como son las estrategias de búsqueda activa, seguimiento del caso y continuidad de cuidados. Siguiendo el ejemplo de la ciudad de Madrid, sería posible el establecimiento de programas de intervención con unas características iguales o similares a las del SAP para la intervención sobre el aislamiento social en personas mayores.

Respecto al segundo objetivo, avanzar en la descripción de la población mayor de 65 años en aislamiento social en la ciudad de Madrid, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1. Respecto al perfil de las personas atendidas:

- Como factores sociodemográficos de vulnerabilidad para el aislamiento social en personas mayores de 65 años destacan estar soltero, vivir solo y no tener hijos.
- En general, el perfil de persona mayor en aislamiento social encontrado en este estudio incluye los factores de riesgo descritos en la literatura científica, es decir:
 - Haber sufrido pérdidas de salud y funcionamiento, de relaciones significativas y de las redes sociales.
 - Tener problemas de salud física.
 - Presentar trastorno mental y/o deterioro cognitivo.

- Sobre el estado civil, estar soltero/a o sin pareja.
 - No tener hijos o no tener relación con ellos.
 - Sufrir un proceso de estigmatización de la persona mayor en aislamiento social, que le dificulta la participación en la comunidad.
- Cuando se analizan las diferencias entre hombres y mujeres aparece que, aunque la prevalencia es baja, los hombres presentan un mayor riesgo de presentar problemas asociados al consumo de alcohol, mientras que las mujeres de presentar problemas de tipo cognitivo y relacionados con la presencia de alucinaciones y delirios.

Conocer estas características supone un avance no sólo para la planificación de intervenciones más ajustadas a esta población, sino también para avanzar en la prevención y la detección precoz del aislamiento social en personas mayores.

2. Respecto a los aspectos clave para la intervención:

- Dado que la muestra presenta un grave deterioro en casi todas las áreas evaluadas (salud física y mental, cognición, autocuidado y cuidado del hogar, funcionamiento social y de ocio constructivo, vivienda y funcionamiento global); con niveles elevados de discapacidad y un gran número de necesidades no cubiertas en todas ellas; la intervención debe incluir objetivos que engloben todas las áreas de funcionamiento de la persona, por lo que el trabajo y la coordinación multidisciplinar son imprescindibles.
- Un concepto clave en la intervención debe ser la autonegligencia, en el sentido más amplio, tanto en su cuidado personal (higiene, salud, alimentación, etc), como el cuidado de sus condiciones de vida (higiene de la vivienda, actividades de ocio constructivas, etc).
- La intervención deberá recuperar o mejorar, siempre que sea posible, las relaciones familiares o de amistad que pudiera tener la persona en aislamiento.
- La intervención tiene que ir dirigida no sólo a ampliar la red de apoyo social de la persona en aislamiento, sino también a mejorar su capacidad de relacionarse con otros y sus habilidades sociales. Es decir, no se trata sólo de aumentar la *cantidad* de relaciones sociales, sino también de potenciar la *calidad* de las mismas.
- Es necesario continuar y ampliar el trabajo iniciado con los vecinos como agentes facilitadores formales, así como mantener y profundizar en la coordinación entre la red sanitaria y la red de Servicios Sociales con el objetivo de no dejar sin

atención ningún caso de aislamiento, ya que son las dos fuentes principales de detección de los casos. Se sigue así la línea de intervención con vecinos y personas de la comunidad que han seguido otros proyectos europeos y nacionales, y que está arrojando resultados muy favorables.

3. Respecto a las diferencias por motivo de cierre, normalización o custodia:

- Puede concluirse que se debe acelerar el proceso de evaluación con vistas a determinar la necesidad de iniciar un expediente de incapacitación y/o ingreso no voluntario en residencia en aquellos casos que presenten:
 - Una puntuación total de las escalas HoNOS65+ igual o superior a 23.
 - 11 necesidades sin cubrir o más en el CANE, siendo de máxima relevancia las que se refieren a enfermedades físicas sin tratamiento; información inadecuada de la situación en la que se encuentran y los riesgos que se derivan de la misma; riesgo elevado de sufrir o provocar accidentes, en mayor medida para sí mismos, pero también para los demás; problemas de relación o convivencia con la pareja, en caso de tenerla; sospecha de sintomatología psicótica; y riesgo de autoagresión.
 - Una puntuación inferior a 38 puntos en la escala EEFG.

Estos resultados son de una gran utilidad práctica, puesto que proporcionan criterios objetivos sobre los que basar la decisión de las vías de intervención más adecuadas para la persona. Disponer de criterios objetivos asegura una toma de decisiones más ajustada y facilita la comunicación entre los distintos profesionales involucrados en el caso.

Respecto al tercer objetivo, evaluar la efectividad de la intervención llevada a cabo por el SAP, hay que recordar que tal y como se ha visto en el desarrollo de esta tesis, el aislamiento social puede tener un gran impacto en la salud y el bienestar de las personas mayores, lo que lo convierte en un tema de salud pública importante. Por otro lado, es necesario el desarrollo de políticas y estrategias que incrementen la participación en la sociedad de las personas mayores, fomenten la inclusión social y aborden las desigualdades sociales. Sin embargo, la investigación acerca de las intervenciones llevadas a cabo hasta el momento no arroja unos resultados concluyentes acerca de su efectividad, ni de las características que deberían tener para resultar rentables y conseguir los objetivos terapéuticos propuestos. En este sentido, la presente tesis intenta arrojar algo de luz en el intento de desarrollar intervenciones eficaces,

presentando unos datos optimistas respecto de la efectividad del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en todas las variables evaluadas. Se ha conseguido, por tanto, el desarrollo de protocolos de actuación psicológica cuya implementación con personas mayores en aislamiento social ha resultado efectiva a la hora de trabajar hacia la inclusión de estas personas en su entorno comunitario, familiar y vecinal, así como en la red de servicios sociosanitarios normalizada.

En definitiva, los resultados obtenidos apoyan la utilidad de las estrategias de búsqueda activa, seguimiento del caso y continuidad de cuidados que permitan abordar con ciertas garantías los problemas de este grupo de población. Asimismo, se ha puesto de manifiesto la efectividad del abordaje psicológico y multidisciplinar y la necesidad de contar con profesionales formados en estrategias psicológicas de búsqueda activa, enganche y tratamiento. En este sentido, un logro importante del trabajo ha consistido en demostrar la posibilidad real de diseñar y poner en funcionamiento un servicio de atención psicológica personalizada a las personas mayores en aislamiento social, basado en los principios de calidad, búsqueda activa, seguimiento del caso y de continuidad de cuidados y su inserción en la red normalizada municipal de recursos para personas mayores.

En un plano aplicado, el SAP se ha mostrado útil para dar salida a situaciones de aislamiento social, a través del enganche con el propio servicio y los servicios sociales y sanitarios normalizados; mediante el fomento de la implicación de la red social y familiar; y, en casos extremos, del apoyo a la toma de medidas de protección judiciales (incapacitación, ingreso no voluntarios en residencia, etc) que han ayudado a estabilizar algunas situaciones sociosanitarias de alto riesgo para la propia vida de la persona.

A nivel humano y social, y haciendo referencia a la Declaración de Viena y al Consejo Europeo con los que daba comienzo esta tesis, la intervención del SAP ha aportado optimismo a la recuperación, por parte de nuestros mayores, de su dignidad y sus derechos humanos fundamentales.

Referencias bibliográficas

- Ackley, B., & Ladwig, G. (2010). *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care (9th Edn.)*. Maryland Heights, Mo.: Mosby.
- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., ... & Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 1061-1069.
- Aganzo, A. & Linares, E. (1997). Hacia una redistribución solidaria de la riqueza: medidas desde las políticas de empleo y de protección social. *Documentación Social*, 106, 13-72.
- American Psychiatric Association (2000) *DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA.
- Amigos de los mayores (2015). *Grandes Vecinos*. Recuperado de: <https://www.grandesvecinos.org/>
- Anderson, C. A., Horowitz, L. M., & French, R. D. (1983). Attributional style of lonely and depressed people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(1), 127.
- Anderson, D. N. (2001). Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing*, 30, 13-17.
- Andersson, L. (1984) Intervention against loneliness in a group of elderly women: a process evaluation. *Human Relations*, 37(4), 295-310.
- Andersson, L. (1985) Intervention against loneliness in a group of elderly women: an impact evaluation. *Social Science and Medicine*, 20(4), 355-364.
- Andrews, G., Peters, L. & Teesson, M. (1994). *Measurement of consumer outcome in mental health: a report to the National Mental Health Information Strategy Committee*. Sydney: Clinical Research Unit for Anxiety Disorders.
- Arnetz, B.B. & Theorell, T. (1983) Psychological, sociological and health behaviour aspects of a long term activation programme for institutionalised elderly people. *Social Science and Medicine*, 17(8), 449-456.
- Asher, S.R. & Paquette, J.A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 75-78.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- Augimeri, L. K., Farrington, D. P., Koegl, C. J., & Day, D. M. (2007). The SNAP™ Under 12 Outreach Project: Effects of a community based program for children with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 16(6), 799-807.

- Ausín, B. & Muñoz, M. (2004). ¿Cómo valorar a una persona mayor?: Una propuesta de áreas e instrumentos de evaluación psicológica clínica. *Semer. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Médicos de Residencias*, 3, 31-37.
- Ausín, B., Muñoz, M. & Quiroga, M.A. (2007). Adaptación Española De Las Escalas De Resultados Para Personas Mayores Honos65+ (Health Of The Nation Outcome Scales For Older Adults). *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, 42, 88-95.
- Ayuntamiento de Barcelona (2002) *Buena vecindad: definición de un nuevo modelo de apoyo a las personas mayores que viven solas*. Sector de Servicios Personas del Ayuntamiento de Barcelona.
- Ayuntamiento de Barcelona (2015). *Vincles BCN*. Recuperado de: <http://smartcity.bcn.cat/es/vincles-bcn.html>
- Baños, R.M. & Perpiñá, C. (2002). *Exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.
- Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 131, 165–173.
- Baumeister, R. F., Brewer, L. E., Tice, D. M., & Twenge, J. M. (2007). Thwarting the need to belong: Understanding the interpersonal and inner effects of social exclusion. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 506-520.
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Baumeister, R.F. & Tice, D.M. (1990). Anxiety and social exclusion. *Journal of social and clinical psychology*, 9(2), 165-195.
- Baumeister, R.F., Twenge, J.M. & Nuss, Ch.K. (2002). Effects of social exclusion on cognitive processes: Anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of personality and social psychology*, 83(4), 817-827.
- Baumgarten, M., Thomas, D., Poulin de Courval, L. & Infante-Rivard, C. (1988) Evaluation of a mutual help network for the elderly residents of planned housing. *Psychology and Aging*, 3, 393-398.
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., Shoup, J. A., Zeng, C., McQuillan, D. B., & Steiner, J. F. (2015). Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with

- multiple medical conditions in an integrated health care system. *The Annals of Family Medicine*, 13(2), 123-129.
- Bennett, R. (1973) Social isolation and isolating-reducing programs. *New York Academy of Medicine*, 49, 1143-1163.
- Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics. Effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *Journal of gerontological nursing*, 30(6), 27-34.
- Berkman, L. F. (2000). Which influences cognitive function: Living alone or being alone?. *Lancet*, 355, 1291-1292.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology*, 1, 137-173.
- Berrouiguet, S., Gravey, M., Le Galudec, M., Alavi, Z., & Walter, M. (2014). Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: A pilot study. *Psychiatry research*, 217(3), 154-157.
- Black, B.S., Rabins, P.V., German, P., Roca, R., McGuire, M. & Brant, L.J. (1998). Use of formal and informal sources of mental health care among older African-American public housing residents. *Psychological Medicine*, 28(3), 519-530.
- Bogat, G.A. & Jasón, L.A. (1983) An evaluation of two visiting programs for elderly community residents. *International Journal of Aging and Human Development*, 17, 267-280.
- Boulton, M., Tarrant, C., Windridge, K., Baker, R., & Freeman, G. K. (2006). How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study. *British Journal of General Practice*, 56(531), 749-755.
- Bower, B. (1997). Social links may counter health risks. *Science News*, 152(9), 135-135.
- Brennan, P.F., Moore, S.M., & Smyth, K.A. (1995) The effects of a special computer network on care-givers of persons with Alzheimer's disease. *Nursing Research*, 44, 166-172.
- Brodaty, H., & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Psychosocial effects on carers of living with persons with dementia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24(3), 351-361.
- Buckingham, B., Burgess, P., Solomon, S., Pirkis, J., & Eagar, K. (1998). *Developing a Casemix Model for Mental Health Services*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services.

- Buhrich, N. & Teesson, M. (1996). Impact of a Psychiatric Outreach service for homeless persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47(6), 644-646.
- Burns, A., Beever, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., Mulunga, J. & Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for Elderly People (HoNOS65+). Glossary for HoNOS65+ score sheet. *British Journal of Psychiatry*, 174, 435-438.
- Burns, A., Lawlor, B., & Craig, S. (1999). *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. London: Martin Dunitz.
- Buys, L. (2001) Life in a retirement village: Implications for contact with community and village friends. *Gerontology*, 47(1), 55-61.
- Cabrera, P. (2000). *Mujeres sin hogar en España*. Informe Nacional para FEANTSA
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in biology and medicine*, 46(3), S39-S52.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, 25(2), 453.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G. (2011). Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231(1), 17-22.
- Campbell, W. K., Krusemark, E. A., Dyckman, K. A., Brunell, A. B., McDowell, J. E., Twenge, J. M., & Clementz, B. A. (2006). A magnetoencephalography investigation of neural correlates for social exclusion and self-control. *Social Neuroscience*, 1(2), 124-134.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2008). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice (12th ed.)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Caserta, M.S. & Lund, D.A. (1992) Bereaved older adults who seek early professional help. *Death Studies*, 16, 17-30.
- Castel, R. (1994). *Minimun income of insertion and integration policies. Urban Poverty and Human Dignity*. Milán: P. Guidicini and G. Peretti.
- Castel, R. (2000). The Roads to Disaffiliation: Insecure Work and Vulnerable Relationships. *International Journal of Urban and Regional Research*, 24(3), 519-535.

- Cattan, M., & White, M. (1998). Developing evidence-based health promotion for older people: a systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion*, 13, 1-9.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005) Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41-67.
- Center for Autistic Children of Philadelphia, (2000). A comprehensive program for treating profoundly autistic children. *Psychiatric Services*, 51(11), 1439-1440
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1996). Suicide among older persons--United States, 1980-1992. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 45(1), 3.
- Chan, S. S., Leung, D. Y., Leung, A. Y., Lam, C., Hung, I., Chu, D., ... & Yuen, K. Y. (2015). A nurse-delivered brief health education intervention to improve pneumococcal vaccination rate among older patients with chronic diseases: A cluster randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 52(1), 317-324.
- Chester, D. S., Eisenberger, N. I., Pond, R. S., Richman, S. B., Bushman, B. J., & DeWall, C. N. (2013). The interactive effect of social pain and executive functioning on aggression: an fMRI experiment. *Social cognitive and affective neuroscience*, nst038.
- Chipuer, H. M. (2001). Dyadic attachments and community connectedness: Links with youths' loneliness experiences. *Journal of Community Psychology*, 29(4), 429-446.
- Chou, K. L., Liang, K., & Sareen, J. (2011). The association between social isolation and DSM-IV mood, anxiety, and substance use disorders: wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(11), 1468-1476.
- Clarke, M., Clarke, S.J. & Jagger, C. (1992) Social intervention and the elderly: a randomized controlled trial. *American Journal of Epidemiology*, 136(12), 1517-1523.
- Comisión Europea (2001). *Informe conjunto sobre la integración social*. Bruselas: Comisión Europea.

- Comisión Europea (2010). *Europe 2020. A european strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. Bruselas: Comisión Europea.
- Consejo económico y social (1997). *Informe 8: La pobreza y la exclusión social en España*. Sesión extraordinaria del Pleno de 27 de noviembre de 1996, Madrid.
- Consejo económico y social (2014). *Informe Conjunto sobre la Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en la Región Euromediterránea*. Sesión ordinaria del Pleno de 22 de octubre de 2014.
- Constantino, R. E. (1988). Comparison of two group interventions for the bereaved. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(2), 83-87.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), 31-48.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and Social Behavior*, 162-179.
- Cortés, L & Paniagua, J. (1997). La vivienda como factor de exclusión social. *Documentación Social*, 106, 93-147.
- Costa, S. V. D., Ceolim, M. F., & Neri, A. L. (2011). Sleep problems and social support: Frailty in a Brazilian Elderly Multicenter Study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(4), 920-927.
- Craig, T. & Timms, P. (2000). Facing up to social exclusion: services for homeless mentally ill people. *International review of psychiatry*, 12, 206-211.
- Craig, T., Leonori, L., Muñoz, M. & Brandt, P. (2001). *To life in health and dignity*. Copenhagen: Udenfor.
- Cruz Roja Española (2013). *Informe sobre la vulnerabilidad social 2011-2012*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Cuijpers, P. (1998). Psychological outreach programmes for the depressed elderly: a meta-analysis of effects and dropout. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 41-48.
- De Leo, D., Carollo, G., & Buono, M. D. (1995). Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *The American journal of psychiatry*, 152(4), 632.
- Denberg, T. D., Myers, B. A., Lin, C. T., Libby, A. M., Min, S. J., McDermott, M. T., & Steiner, J. F. (2009). An outreach intervention increases bone densitometry

- testing in older women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(2), 341-347.
- Department of Health (2001). *National Services Framework for older adults*. Department of Health: London.
- Department of Health and Aged Care (1999). *Mental Health Information Development: National Information Priorities and Strategies under the Second National Mental Health Plan 1998-2003*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- DeWall, C. N., Twenge, J. M., Bushman, B., Im, C., & Williams, K. (2010). A little acceptance goes a long way applying social impact theory to the rejection–aggression link. *Social Psychological and Personality Science*, 1(2), 168-174.
- DeWall, C. N., Twenge, J. M., Gitter, S. A., & Baumeister, R. F. (2009). It's the thought that counts: The role of hostile cognition in shaping aggressive responses to social exclusion. *Journal of personality and social psychology*, 96(1), 45.
- DeWall, C. N., Twenge, J. M., Koole, S. L., Baumeister, R. F., Marquez, A., & Reid, M. W. (2011). Automatic emotion regulation after social exclusion: Tuning to positivity. *Emotion*, 11(3), 623.
- DeWall, C.N., & Baumeister, R. F. (2006). Alone but feeling no pain: Effects of social exclusion on physical pain tolerance and pain threshold, affective forecasting, and interpersonal empathy. *Journal of personality and social psychology*, 91(1), 1.
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC public health*, 11(1), 647.
- Díez, E., Daban, F., Pasarín, M., Artazcoz, L., Fuertes, C., López, M. J., & Calzada, N. (2014). Evaluación de un programa comunitario para reducir el aislamiento de personas mayores debido a barreras arquitectónicas. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 386-388.
- Dill, J. C., & Anderson, C. A. (1999). Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in living. *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*, 93-125.
- Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid (2010). *Memoria de actividades 2009*. Recuperado de: <http://www.munimadrid.es>

- DiTommaso, E. & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 22, 417-427.
- Dorfman, R. A., Lubben, J. E., Mayer-Oakes, A., Atchison, K., Schweitzer, S. O., De Jong, F. J., et al. (1995). Screening for depression among a well elderly population. *Social Work*, 40, 295-304.
- Draper, B. (2000). The effectiveness of old age psychiatry services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(8), 687-703.
- Drentea, P., Clay, O. J., Roth, D. L., & Mittelman, M. S. (2006). Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Social science & medicine*, 63(4), 957-967.
- Driscoll, H. C., Serody, L., Patrick, S., Maurer, J., Bensasi, S., Houck, P. R., et al. (2008). Sleeping well, aging well: A descriptive and cross-sectional study of sleep in "successful agers" 75 and older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 74-82.
- Edelbrock, D., Buys, L., Creasey, H., & Broe, G. A. (2001). Social support social networks and social isolation: the Sydney older persons' study. *Australasian Journal on Ageing*, 20(3), 2-34.
- Eisen, S. V., Dill, D. L., & Grob, M. C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Psychiatric Services*, 45(3), 242-247.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290-292.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D. & Brummell, K. (2001). Effectiveness of home-based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 323, 719-24.
- Eng, P. M., Rimm, E. B., Fitzmaurice, G., & Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *American journal of epidemiology*, 155(8), 700-709.
- Engelstad, L. P., Stewart, S., Otero-Sabogal, R., Leung, M. S., Davis, P. I., & Pasick, R. J. (2005). The effectiveness of a community outreach intervention to improve

- follow-up among underserved women at highest risk for cervical cancer. *Preventive medicine*, 41(3), 741-748.
- Ernst, J. M., & Cacioppo, J. T. (2000). Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied and Preventive Psychology*, 8(1), 1-22.
- Evans, R.L. & Jauregui, B.M. (1982) Phone therapy outreach for blind elderly. *The Gerontologist*, 22(1), 32-35.
- Fernández, J. & González, J. (1994). Un caso práctico de rehabilitación psicosocial. *Psiquiatría Pública*, 6, 31-36.
- Fernández, J. (2009). El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), su evaluación y reformulación. En Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (Ed.) *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*, 39-49. FEARP.
- Fernández, J., Cañamares, J.M. & Otero, V. (1997). Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En Rodríguez, A. (Ed.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, 103-123. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. & Zamarrón, M.D. (1999). Evaluación en la vejez: algunos instrumentos. *Clínica y Salud*, 10, 245-286.
- Findlay, R., & Cartwright, C. (2002). *Social isolation & older people: A literature review*. Ministerial Advisory Council on Older People.
- Findlay, R.A. (2003). Interventions to reduce social isolation among older people: where is the evidence? *Aging and Society*, 23, 647-658.
- Fisk, D., Rowe, M., Laub, D., Calvocoressi, L. & DeMino, K. (2000). Homeless persons with mental illness and their families: Emerging issues from clinical work. *Families in Society*, 81(4), 351-359.
- Florio, E. R., Jensen, J. E., Hendryx, M., Raschko, R., & Mathieson, K. (1998). One-year outcomes of older adults referred for aging and mental health services by community gatekeepers. *Journal of Case management*, 7(2), 74-83.
- Florio, E. R., Rockwood, T. H., Hendryx, M. S., Jensen, J. E., Raschko, R., & Dyck, D. G. (1996). A model gatekeeper program to find the at-risk elderly. *Journal of Case Management*, 5(3), 106-114.
- Fokkema, T., & Knipscheer, K. (2007). Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging & Mental Health*, 11(5), 496-504.

- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 201-228.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A Practical Method for Grading The Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Freeman, G. K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Car, J., ... & Tarrant, C. (2007). *Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).
- Freeman, G., Shepperd, S., Robinson, I., Ehrich, K., Richards, S., Pitman, P., ... & Freeman, G. K. (2001). *Continuity of care. Report of a scoping exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).
- Friedmann, E., Thomas, S. A., Liu, F., Morton, P. G., Chapa, D., Gottlieb, S. S., & Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT) Investigators. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American heart journal*, 152(5), 940-e1.
- Fries, B. E., Schneider, D. P., Foley, W. J., Gavazzi, M., Burke, R., & Cornelius, E. (1994). Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical care*, 668-685.
- Frisman, L.K. & Rosenheck, R. (1997). The relationship of public support payments to substance abuse among homeless veterans with mental illness. *Psychiatric Services*, 48(6), 792-795.
- Fujiwara, Y., Sakuma, N., Ohba, H., Nishi, M., Lee, S., Watanabe, N., ... & Shinkai, S. (2009). REPRINTS: effects of an intergenerational health promotion program for older adults in Japan. *Journal of Intergenerational relationships*, 7(1), 17-39.
- Fukui, S., Koike, M., Ooba, A., & Uchitomi, Y. (2002, December). The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 30, No. 5, pp. 823-830).
- Fultz, N. H., & Herzog, A. R. (2001). Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 892-899.

- Fundación Foessa (2008). *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008*. Madrid: Fundación Foessa.
- Fundación Foessa (2008). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*. Madrid: Fundación Foessa.
- Gardner, I., Brooke, E., Ozanne, E., & Kendig, H. (1998). *Improving social networks: A research report*. Adelaide: La Trobe University.
- Gardner, W. L., Pickett, C. L., & Brewer, M. B. (2000). Social exclusion and selective memory: How the need to belong influences memory for social events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 486-496.
- Garijo, P. S., & Sebastián, J. M. R. (2008). Edad, salud y deterioro de la visión: la disminución visual como síndrome geriátrico. *Integración: Revista sobre ceguera y deficiencia visual*, (55), 9-19.
- Gavira Iglesias, F. J., Caridad y Ocerin, J. M., Perez del Molino Martin, J., Valderrama Gama, E., Lopez Perez, M., Romero Lopez, M., et al. (2000). Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, M207–M214.
- Gaviria, M., Laparra, L. & Aguilar, M. (1995). *Aproximación teórica al concepto de exclusión*. En Álvarez, F., Alonso, L., Fernández, B., Alonso, J., Gaviria, M. Laparra, M., & Aguilar, M. (Eds). *Desigualdad y pobreza hoy*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Ghodsbin, F., Kargar, M., Jahanbin, I., & Sagheb, M. M. (2012). The Efficiency of a Behavioral Intervention Program for Urinary Incontinence in Elderly Females. *J Nurs Care*, 1(6), 2167-1168.
- Giner, S., de Espinosa, E. L., & Torres, C. (1998). *Diccionario de sociología*. Alianza editorial.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Giuli, C., Spazzafumo, L., Sirolla, C., Abbatecola, A. M., Lattanzio, F., & Postacchini, D. (2012). Social isolation risk factors in older hospitalized individuals. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(3), 580-585.
- Gopinath, B., Kifley, A., Cummins, R., Heraghty, J., & Mitchell, P. (2015). Predictors of psychological distress in caregivers of older persons with wet age-related macular degeneration. *Aging & mental health*, 19(3), 239-246.

- Green, B. H., Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., Sharma, V., Saunders, P. A., Davidson, I. A., ... & McWilliam, C. (1992). Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(3), 213-217.
- Green, R. S., & Gracely, E. J. (1987). Selecting a rating scale for evaluating services to the chronically mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 23(2), 91-102.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ: British Medical Journal*, 327(7425), 1219.
- Haley, W.E., Brown, S.L. & Levine, E.G. (1987) Experimental evaluation of the effectiveness of group intervention for dementia caregivers. *The Gerontologist*, 27 (3), 376-382.
- Hall, M. & Havens, B. (1999). *Aging in Manitoba Study*. Winnipeg: University of Manitoba.
- Hall, N., Debeck, P., Johnson, D., MacKinnon, K., Gutman, G. & Glick, N. (1992) Randomized trial of a health promotion program for frail elders. *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne du Vieillissement*, 11(1), 72-91.
- Halliday, G., Banerjee, S., Philpot, M., & Macdonald, A. (2000) Community study of people who live in squalor. *The Lancet*, 11(355), 882-886.
- Hanson, B. S. (1994). Social network, social support and heavy drinking in elderly men—a population study of men born in 1914, Malmö, Sweden. *Addiction*, 89, 725–732.
- Harris, J. E., & Bodden, J. L. (1978). An activity group experience for disengaged elderly persons. *Journal of Counseling Psychology*, 25(4), 325.
- Hastings, S. N., George, L. K., Fillenbaum, G. G., Park, R. S., Burchett, B. M., & Schmader, K. E. (2008). Does lack of social support lead to more ED visits for older adults? *The American Journal of Emergency Medicine*, 26, 454–461.
- Havens, B., & Hall, M. (2001). Social isolation, loneliness, and the health of older adults in Manitoba, Canada. *Indian Journal of Gerontology*, 1, 126–144.
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., & Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 23(02), 129-140.
- Hawkey, L. C. (2015). Loneliness and Social Embeddedness in Old Age. En Pachana, N. (Ed.) *Encyclopedia of Geropsychology*, 1-8. Singapore: Springer Singapore.

- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227.
- Hawkley, L.C., Burleson, M.H., Berntson, G.G. & Early, M.R. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviours. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 105-120.
- Hawthorne, G. (2006). Measuring social isolation in older adults: Development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research*, 77, 521–548.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., ... & Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20(1), 57-67.
- Hayes, L., Hawthorne, G., Farhall, J., O'Hanlon, B., & Harvey, C. (2015). Quality of Life and Social Isolation Among Caregivers of Adults with Schizophrenia: Policy and Outcomes. *Community mental health journal*, 1-7.
- Heine, C., Erber, N. P., Osborn, R., & Browning, C. J. (2002). Communication perceptions of older adults with sensory loss and their communication partners: Implications for intervention. *Disability and Rehabilitation*, 24, 356–363.
- Heinrich, L.M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Heller, K., Thompson, M.G., Trueba, P.E., Hogg, J.R. & Vlachos-Weber, I. (1991) Peer support telephone dyads for elderly women: was this the wrong intervention? *American Journal of Community Psychology*, 19(1), 53-74.
- Hightet, N. J., McNair, B. G., Davenport, T. A., & Hickie, I. B. (2004). " How much more can we lose?": carer and family perspectives on living with a person with depression. *Medical Journal of Australia*, 181(7), S6.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7, e1000316.
- Holvast, F., Burger, H., de Waal, M. M., van Marwijk, H. W., Comijs, H. C., & Verhaak, P. F. (2015). Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of affective disorders*, 185, 1-7.

- Hopman-Rock, M. & Westhoff, M.H. (2002) Development and evaluation of “Aging well and healthily”: a health education and exercise program for community living older adults. *Journal of Community Psychology*, 19(1), 53-74.
- House, J. S. (2001). Social isolation kills, but how and why?. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 273-274.
- Howat, P., Iredell, H., Grenade, L., Nedwetzky, A., & Collins, J. (2004). Reducing social isolation amongst older people implications for health professionals. *Geriatrician*, 22, 13–20.
- Ibrahim, R., Abolfathi Momtaz, Y., & Hamid, T. A. (2013). Social isolation in older Malaysians: prevalence and risk factors. *Psychogeriatrics*, 13(2), 71-79.
- Iliffe, S., Kharicha, K., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., & Stuck, A. E. (2007). Health risk appraisal in older people 2: The implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *The British Journal of General Practice*, 57, 277–282.
- IMSERSO. (2004). *Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO.
- Inagaki, T. K., Muscatell, K. A., Moieni, M., Dutcher, J. M., Jevtic, I., Irwin, M. R., & Eisenberger, N. I. (2015). Yearning for connection? Loneliness is associated with increased ventral striatum activity to close others. *Social cognitive and affective neuroscience*, nsv076.
- Inderbitzen-Pisaruk, H., Clark, M. L., & Solano, C. H. (1992). Correlates of loneliness in midadolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(2), 151-167.
- Instituto Nacional de Estadística (2011). *Censo de población y viviendas 2011*. Recuperado de: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm
- Instituto Nacional de Estadística (2012). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
- Ip, D., Lui, C. W., & Chui, W. H. (2007). Veiled entrapment: a study of social isolation of older Chinese migrants in Brisbane, Queensland. *Ageing and Society*, 27(05), 719-738.
- Ito, M., Adler, A., Linde, C., Mynatt, E., & O'Day, V. (1999). Broadening access: Seniornet and the case for diverse network communities. Recuperado de: http://www.seniornet.org/research/snaccess_980303.html

- Janca, A., Kastrup, M., Katsching, H., López-Ibor, J.J., Mezzich, J.E., & Sartorius, N. (1996). The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO-DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 349-354.
- Jang, Y., Mortimer, J., Haley, W., Small, B., Chisolm, T., & Graves, A. (2003). The role of vision and hearing in physical, social, and emotional functioning among older adults. *Research on Aging*, 25, 172-191.
- Jones, W. H., & Hebb, L. (2003). The experience of loneliness: Objective and subjective factors. *The International Scope Review*, 5(9), 41-68.
- Jordan, R. E., Hawker, J. I., Ayres, J. G., Adab, P., Tunnicliffe, W., Olowokure, B., . . . Cheng, K. K. (2008). Effect of social factors on winter hospital admission for respiratory disease: A case-control study of older people in the UK. *British Journal of General Practice*, 58, e1-e9.
- Joseph, K. M., Hernandez, J. M., & Jain, S. (2015). Peer Support Telephone Outreach Intervention for Veterans With PTSD. *Psychiatric Services*, 66(9), 1001-1001.
- Kane, R. A., Kane, R. L., & Carrillo, E. (1993). *Evaluación de las necesidades en los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición*. SG.
- Kaspro, W.J., Rosenheck, R.A., Frisman, L. & DiLella, D. (2000). Referral and housing processes en a long-term supported housing program for homeless veterans. *Psychiatric Services*, 51(8), 1017-1123.
- Kessler, R. & Mroczek, D. (1994). *Final Versions of our Non-Specific Psychological Distress Scale; Survey Research Center of the Institute for Social Research*. University of Michigan.
- Kremers, I. P., Steverink, N., Albersnagel, F. A., & Slaets, J. P. (2006). Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. *Aging and Mental Health*, 10(5), 476-484.
- Kupersmidt, J. B., Sigda, K. B., Sedikides, C., & Voegler, M. E. (1999). Social self-discrepancy theory and loneliness during childhood and adolescence. En Rotenberg, K.J. & Hymel, S. (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence*, 263-279. Cambridge: Cambridge University Press.

- Lam, J.A. & Rosenheck, R. (1999). Street Outreach for Homeless Persons with serious mental illness. Is it effective?. *Medical Care*, 37(9), 894-907.
- Laparra, M. & Aguilar, M. (2000). *Vías para profundizar en el conocimiento de los fenómenos de desigualdad y pobreza*. Cuadernos de Gobierno y Administración, (2), 165-186.
- LaVeist, T. A., Sellers, R. M., Brown, K. A. E., & Nickerson, K. J. (1997). Extreme social isolation, use of community-based senior support services, and mortality among African American elderly women. *American journal of community psychology*, 25(5), 721-732.
- Leary, M. R., Twenge, J. M., & Quinlivan, E. (2006). Interpersonal rejection as a determinant of anger and aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 111-132.
- Leary, M.R. (1990). Responses to social exclusion: social anxiety, jealousy, loneliness, depression, and low self-esteem. *Journal of social and clinical psychology*, 9(2), 221-229.
- Lehman, A.F., & Steinwachs, D.M. (1998) Translating reserach into practice: the Schizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT): treatment and recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24,1-10.
- Leonori, L., Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J.J., Bravo, M.E., Nuche, M., Brandt, P., Bento, A. & Horenbek, B. (2000). The mental health and social exclusion European network: a research activity report on European homeless citizens. *European Psychologist*, 5, 245-251.
- Les petits frères des Pauvres (2010). *Voisin-Age*. Recuperado de: <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/nos-actions/voisin-age.html>
- Levy, J.S. (2000). Homeless outreach: On the read to pre-treatment alternatives. *Families in Society*, 81(4), 360-368.
- Linz, S. J., & Sturm, B. A. (2013). The phenomenon of social isolation in the severely mentally ill. *Perspectives in psychiatric care*, 49(4), 243-254.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Díaz, J.L., De la Cámara, C., Ventura, T., Morales, F., Fernando, L., Montanés, J.A. & Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774.

- Löfvenmark, C., Mattiasson, A. C., Billing, E., & Edner, M. (2009). Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 251–258.
- Lökk, J. (1990). Emotional and social effects of a controlled intervention study in a day-care unit for elderly patients. *Scandinavian journal of primary health care*, 8(3), 165-172.
- López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. Premio IMSERSO "Infanta Cristina" 2004*. Madrid: IMSERSO.
- Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of psychology*, 146(3), 277-292.
- Lubben, J., & Gironde, M. (2003). Centrality of social ties to the health and well being of older adults. En Berkman, B. & Harooytan, L. (Eds.), *Social work and health care in an aging world: Informing education, policy, practice, and research* (319–350). New York: Springer.
- Lucas, K. (2012). Transport and social exclusion: Where are we now?. *Transport policy*, 20, 105-113.
- MacDonald, G. & Leary, M.R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131, 202-223.
- MacIntyre, I., Corradetti, P., Roberts, J., Browne, G., Watt, S., & Lane, A. (1999). Pilot study of a visitor volunteer programme for community elderly people receiving home health care. *Health & social care in the community*, 7(3), 225-232.
- Marangoni, C., & Ickes, W. (1989). Loneliness: A theoretical review with implications for measurement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6(1), 93-128.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1997) *Schizophrenia Module of the Cochrane Database Systematic Reviews*. Oxford: Update Software.
- Marshall, M., Lockwood, A., Adams, C., Bradley, C., Joy, C., & Fenton, M. (2000) *Schizophrenia Module of the Cochrane Database Systematic Reviews*. Oxford: Update Software.
- Martina, C. M. S., & Stevens, N. L. (2006). Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging and mental health*, 10(5), 467-475.

- McAuley, E.B., Blissmer, B., Marquez, D.X., Jerome, G.J., Kramer, A.F. & Katula, J. (2000) Social relations, physical activity, and well-being in older adults. *Preventive Medicine*, 31(5), 608-617.
- McEwan, R., Davison, N., Forster, D.P., Pearson, P. & Stirling, E. (1990) Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 40, 94-97.
- McFall, M., Malta, C., Fontana, A. & Rosenheck, R.A. (2000). Effects of an outreach intervention on use of mental health services by veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 51(3), 369-374.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M. & Jackson, H.J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-326.
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults: The new haven EPESE. *American Journal of Epidemiology*, 157, 633–642.
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., Beckett, L. A., Seeman, T. E., Evans, D. A., & Berkman, L. F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the new haven EPESE. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 54, S162-S172.
- Mick, P., Kawachi, I., & Lin, F. R. (2014). The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 150(3), 378-384.
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2008). *Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2008-2010*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2001). *Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España, Junio 2001-Junio 2003*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003). *Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España, Junio 2003-Junio 2005*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Mistry, R., Rosansky, J., McGuire, J., McDermott, C., & Jarvik, L. (2001). Social isolation predicts re-hospitalization in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT Program. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(10), 950-959.
- Mojtabai, R., Nicholson, R.A., & Carpenter, B.N. (1998) Role of Psychosocial Treatment in Management of Schizophrenia: A Meta-analytic Review of Controlled Outcome Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 569-587.
- Montorio, I. (1994). *La persona mayor: Guía aplicada de evaluación psicológica. Servicios Sociales. INSERSO*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Moreno, M. & Vacas, M.C. (1996). La intervención psicológica en tercera edad. En Sáez, N., Rubio, R. & Dosil, A (Comps.), *Tratado de psicogerontología*. Valencia: Promolibro.
- Morris, D.W. & Warnock, J.K. (2001). Effectiveness of a Mobile Outreach and Crisis Services unit in reducing psychiatric symptoms in a population of homeless persons with severe mental illness. *Journal Oklahoma State Medical Association*, 9(8), 343-346.
- Morrow-Howell, N., Becker-Kemppainen, S. & Lee, J. (1998) Evaluating an intervention for the elderly at increased risk of suicide. *Research on Social Work Practice*, 8(1), 28-46.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Miller, J., Rosenberg, P., West, L. & Gilliland, J. (1996). Outreach to homeless mentally ill people: conceptual and clinical considerations. *Community Mental Health Journal*, 32, 261-274.
- Moxey, A., McEvoy, M., Bowe, S., & Attia, J. (2011). Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. *Australasian journal on ageing*, 30(2), 82-88.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. (1998) Models of Community Care for Severe Mental Illness: A review of research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37-74.
- Mulligan, M. A & Bennett, R. (1978) Assessment of mental health and social problems during multiple friendly visits: the development and evaluation of a friendly visiting program for isolated elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 8(1), 43-65.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez Santos, E., Santos-Olmo, A.B. & de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de Evaluación en Salud Mental*. Madrid: Pirámide.

- Muñoz, M., Santos-Olmo, A.B., de Vicente, A. & Pérez-Santos, E. (2005). Utilidad de un programa de entrenamiento en detección de trastornos psicológicos en centros de atención a víctimas de exclusión social. *Intervención Psicosocial*, 1(14), 65-80.
- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E. & Quiroga, M.A. (2011). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 402-408.
- Muñoz, M., Vázquez, C., & Vázquez, J. J. (2003). *Los límites de la exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Témpora y Caja Madrid.
- Musser, G.J. & Carrillo, D.F. (1997). The use of bilingual, bicultural paraprofessionals in mental health services: issues for hiring, training, and supervision. *Community Mental Health Journal*, 33(1), 51-60.
- Naithani, S., Gulliford, M., & Morgan, M. (2006). Patients' perceptions and experiences of 'continuity of care' in diabetes. *Health Expectations*, 9(2), 118-129.
- Nicholson Jr, N. R. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 65(6), 1342-1352.
- Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *The journal of primary prevention*, 33(2-3), 137-152.
- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and aging*, 17(1), 116.
- Nurmi, J. E., Toivonen, S., Salmela-Aro, K., & Eronen, S. (1997). Social strategies and loneliness. *The Journal of social psychology*, 137(6), 764-777.
- Nyweide, D. J., Anthony, D. L., Bynum, J. P., Strawderman, R. L., Weeks, W. B., Casalino, L. P., & Fisher, E. S. (2013). Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA internal medicine*, 173(20), 1879-1885.
- Ollonqvist, K., Palkeinen, H., Aaltonen, T., Pohjolainen, T., Puuka, P., Hinkka, K. & Pontinen, S. (2008) Alleviating loneliness among frail older people - findings from a randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health Promotion*, 10, 26-34.

- O'Loughlin, J., Laurendeau, M.C. & Gagnon G. (1989) An evaluation of a volunteer visitor program for socially isolated adults with chronic mental-health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 8, 31-52.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: versión multiaxial para adultos*. Madrid: Meditor, D.L.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Active aging a policy framework*. Génova: OMS.
- Orozco, M. E. D. (2013). Coordinación sociosanitaria y evaluación integral en demencias: el rol de las asociaciones familiares de enfermos de Alzheimer. *Papeles del psicólogo*, 34(2), 123-131.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. (1982). *Spiritual well-being scale*. Nyack, NY.
- Parker, G., Rosen, A., Emdur, N., & Hadzi-Pavlov, D. (1991). The life skills profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(2), 145-152.
- Patterson, A. C., & Veenstra, G. (2010). Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, CA. *Social Science & Medicine*, 71, 181-186.
- Peek, M. K., & O'Neill, G. S. (2001). Networks in later life: An examination of race differences in social support networks. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 207-229.
- Peplau, L.A. & Perlman, D. (1982). Perspectivas on loneliness. En L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (1-18). Nueva York: Wiley.
- Peralta V., Cuesta, M.J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 4, 44-50.
- Pérez del Molino, J. & Moya, M.J. (1994) Valoración geriátrica: conceptos generales. En Guillén, F. & Pérez del Molino, J. (Eds.) *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*, 49-57. Barcelona: Masson.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., & Mann, A. H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological medicine*, 27(02), 323-332.

- Pronk, M., Deeg, D. J., Smits, C., Twisk, J. W., van Tilburg, T. G., Festen, J. M., & Kramer, S. E. (2014). Hearing Loss in Older Persons Does the Rate of Decline Affect Psychosocial Health?. *Journal of aging and health*, 0898264314529329.
- Pynoos, J., Hade-Kaplan, B. & Fleisher, D. (1984) Intergenerational neighbourhood networks: a basis for aiding the frail elderly. *The Gerontologist*, 24(3), 233-237.
- Rabins, P.V., Black, B.S., Roca, R., German, P., McGuire, M., Robbins, B., Rye, R. & Brant, L. (2000). Effectiveness of a nurse-based Outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *JAMA*, 283(21), 2802-2809.
- Reig, A., & Fernández-Ballesteros, R. (1993). Evaluación conductual en la vejez. En Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*, 743-782. Madrid: Pirámide.
- Renés, V. (1993). *Luchar contra la pobreza hoy*. Madrid: Ediciones HOAC.
- Renés, V. (2001). La exclusión social, nuevo rostro de la pobreza. *Folletos-Cáritas*, 3.
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M. & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, 176, 444-452.
- Rhodes, S. D., Hergenrather, K. C., Yee, L. J., & Ramsey, B. (2008). Comparing MSM in the southeastern United States who participated in an HIV prevention chat room-based outreach intervention and those who did not: how different are the baseline HIV-risk profiles?. *Health education research*, 23(1), 180-190.
- Riva, P., Lauro, L. J. R., DeWall, C. N., Chester, D. S., & Bushman, B. J. (2014). Reducing aggressive responses to social exclusion using transcranial direct current stimulation (tDCS). *Social cognitive and affective neuroscience*, nsu053.
- Robertson, R.J. (1970). Indirect measurement of results in a project for improving socialization among the elderly. *Journal of Gerontology*, 25, 265-7.
- Roche, M., & Van Berkel, R. (1997). *European citizenship and social exclusion*. Aldershot: Ashgate Aldershot.
- Rodríguez, L. (2000). Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. En Fernández-Ballesteros, R. (Ed.), *Gerontología social*, 153-165. Madrid: Pirámide.

- Rodríguez, P. R. (2003). La valoración gerontológica. En Rodríguez, P. & Valdivieso, C. (Coord.) *Los Servicios de Ayuda a Domicilio (2ª ed.)*, 51-73. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rook, K. S., & Sorkin, D. H. (2003). Fostering social ties through a volunteer role: Implications for older-adults' psychological health. *The International Journal of Aging and Human Development*, 57(4), 313-337.
- Rosen, C.E. & Rosen, S. (1982) Evaluating an intervention program for the elderly. *Community Mental Health Journal*, 18(1), 21-33.
- Rosenheck, R. & Lam, J.A. (1997a). Homeless mentally ill clients' and providers' perceptions of service needs and clients' use of services. *Psychiatric Services*, 48(3), 381-386.
- Rosenheck, R. & Lam, J.A. (1997b). Client and site characteristics as barriers to service use by homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 48(3), 387-390.
- Rosenheck, R. (2000). Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: The application of research to policy and practice. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1563-1570.
- Rosenheck, R., Frisman, L. & Kaspro, W. (1999). Improving access to disability benefits among homeless persons with mental illness: An agency-specific approach to services integration. *American Journal of Public Health*, 89(4), 524-528.
- Ross, C. E., & Jang, S. J. (2000). Neighborhood disorder, fear, and mistrust: The buffering role of social ties with neighbors. *American Journal of Community Psychology*, 28, 401-420.
- Rotenberg, K.J. (1999). Parental antecedents of children's loneliness. En K.J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (176-200). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Rots de Vries, C., van de Goor, I., Stronks, K., & Garretsen, H. (2011). Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: intervention methods and early outcomes. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(2), 211-219.
- Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 65(2), 297-305.

- Rubinstein, C., & Shaver, P. (1982). The experience of loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 206-223.
- Rubio, R. (2004). La soledad en las personas mayores españolas. Madrid, Portal Mayores. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>
- Ruipérez, I. (2000). Escalas de valoración en contextos geriátricos. En Fernández-Ballesteros, R (Dir.), *Gerontología Social*, 383-399. Madrid: Pirámide.
- Rutledge, T., Linke, S. E., Olson, M. B., Francis, J., Johnson, B. D., Bittner, V., . . . Merz, C. N. (2008). Social networks and incident stroke among women with suspected myocardial ischemia. *Psychosomatic Medicine*, 70, 282-287.
- Santos-Olmo, A.B., Muñoz, M., de Vicente, A. & Pérez Santos, E. (2006) Utility of a training programme in the detection of psychological disorders in centres for the socially excluded. *Psychology in Spain*, 10, 8-16.
- Savelkoul, M., & de Witte, L. P. (2004). Mutual support groups in rheumatic diseases: Effects and participants' perceptions. *Arthritis Care & Research*, 51(4), 605-608.
- Scharlach, A. E. (1987). Relieving feelings of strain among women with elderly mothers. *Psychology and Aging*, 2(1), 9-13.
- Schneider, J. M., Gopinath, B., McMahon, C. M., Leeder, S. R., Mitchell, P., & Wang, J. J. (2011). Dual sensory impairment in older age. *Journal of aging and health*, 0898264311408418.
- Schulz, R. (1976). Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of personality and social psychology*, 33(5), 563.
- Seeman, T. E., Singer, B. H., Ryff, C. D., Love, G. D., & Levy-Storms, L. (2002). Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 395-406.
- Selwyn, N., Gorard, S., Furlong, J., & Madden, L. (2003). Older adults' use of information and communications technology in everyday life. *Ageing and Society*, 23(05), 561-582.
- Serna, I. (2000). *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson.
- Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic medicine*, 75(2), 161-170.

- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., & Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology, 30*(4), 377.
- Shanley, C. (2001). Teleconferencing as a strategy for carer support. *Australasian Journal on Ageing, 20*(3), Supplement 1, 3.
- Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health, 11*(5), 477-484
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics, 22*, 455-462.
- Slegers, K., Van Boxtel, M. P., & Jolles, J. (2008). Effects of computer training and Internet usage on the well-being and quality of life of older adults: A randomized, controlled study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 63*(3), 176-184.
- Sodhi, S., Banda, H., Kathyola, D., Burciul, B., Thompson, S., Joshua, M., ... & Schull, M. J. (2011). Evaluating a streamlined clinical tool and educational outreach intervention for health care workers in Malawi: the PALM PLUS case study. *BMC international health and human rights, 11*(Suppl 2), S11.
- Sorensen, K.D. & Sivertsen, J. (1988). Follow-up three years alter interventions to relieve unmet medical and social needs of old people. *Comprehensive Gerontology: Section B, Behavioural, Social and Applied Sciences, 2*, 85-91.
- Sorensen, K.H., Sivertsen, J., Schroll, M. & Gjorup, S.A. (1982) A socio-medical population study of the elderly in the city of Copenhagen 1978/1979. General presentation and methodological aspects. *Danish Medical Bulletin, 29*, 274-290.
- Stein, L. & Test, M.A. (1980) Alternatives to mental health hospital. *Archives of General Psychiatry, 37*, 409-412.
- Stenseng, F., Belsky, J., Skalicka, V., & Wichstrøm, L. (2015). Social Exclusion Predicts Impaired Self-Regulation: A 2-Year Longitudinal Panel Study Including the Transition from Preschool to School. *Journal of personality, 83*(2), 212-220.
- Stevens, N. & van Tilburg, T. (2000) Stimulating friendship in later life: a strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology, 26*(1), 15-36.
- Stevens, N. (2001) Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Aging & Society, 21*(2), 183-202.

- Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K. & Alexander, S. (2001) Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nursing*, 18(1), 54-63.
- Stolee, P., Kessler, L. & Le Clair, J.K. (1996). A community development and outreach program in geriatric mental health: four years' experience. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(3), 314-320.
- Stovall, J.G., Cloninger, L. & Appleby, L. (1997). Identifying homeless mentally ill veterans in jail: a preliminary report. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(3), 311-315.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (2000). Negative consequences of hearing impairment in old age: A longitudinal analysis. *The Gerontologist*, 40, 320-326.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *Jama*, 287(8), 1022-1028.
- Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C., & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social science & medicine*, 48(4), 445-469.
- Swindell, R. (2001). Technology and the over 65s?: get a life. *Social Alternatives*, 20(1), 17.
- Takahashi, K., Sase, E., Kato, A., Igari, T., Kikuchi, K., & Jimba, M. (2015). Psychological resilience and active social participation among older adults with incontinence: a qualitative study. *Aging & mental health*, 1-7.
- Teague, G.B., Drake, R.E., & Ackerson, T.H.. (1995) Evaluating implementation of a modified PACT model for people with co-occurring severe mental disorder and substance use disorder. *Psychiatric Services*, 46, 689-695.
- Tesch-Römer, C. (1997). Psychological effects of hearing aid use in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(3), 127-138.
- The National Council on the Aging. (1999). *The consequences of untreated hearing loss in older persons*. Washington, DC: The National Council on the Aging.
- Theunissen, I., Spinhoven, P. & van der Does (1994) Omgaan met alleenstaan: Evaluatie van een groepscursus voor ouderen weduwen (Coping with loneliness:

- evaluation of a group course for elderly widows). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 25(6), 250-254.
- Thodi, C., Parazzini, M., Kramer, S. E., Davis, A., Stenfelt, S., Janssen, T., ... & Grandori, F. (2013). Adult Hearing Screening: Follow-Up and Outcomes. *American journal of audiology*, 22(1), 183-185.
- Thurston, R. C., & Kubzansky, L. D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 71, 836-842.
- Timms, P. (1998). Partnership and Conflict: working relationships between voluntary and statutory agencies providing services for homeless people. En Cowan, D. (Ed.). *Housing: participation and exclusion*, 68-83. Dartmouth: Aldershot.
- Tipple, G., & Speak, S. (2005). Definitions of homelessness in developing countries. *Habitat International*, 29(2), 337-352.
- Tischler, V., Vostanis, P., Bellerby, T. & Cumella, S. (2002). Evaluation of a mental health outreach service for homeless families. *Archives of disease in childhood*, 86(3), 158-163.
- Toseland, R. W., & Smith, G. C. (1990). Effectiveness of individual counseling by professional and peer helpers for family caregivers of the elderly. *Psychology and Aging*, 5(2), 256.
- Toseland, R.W. (1990) Long-term effectiveness of peer-led and professionally-led support groups for caregivers. *Social Service Review*, 64, 308-327.
- Toseland, R.W., Rossiter, C.M. & Labrecque, M.S. (1989) The effectiveness of peer-led and professionally-led groups to support family caregivers. *The Gerontologist*, 29(4), 465-471.
- Treas, J., & Mazumdar, S. (2002). Older people in America's immigrant families: Dilemmas of dependence, integration, and isolation. *Journal of Aging Studies*, 16(3), 243-258.
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Bartels, J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 56-66
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of personality and social psychology*, 85(3), 409.
- Twenge, J. M., Zhang, L., Catanese, K. R., Dolan-Pascoe, B., Lyche, L. F., & Baumeister, R. F. (2007). Replenishing connectedness: Reminders of social

- activity reduce aggression after social exclusion. *British Journal of Social Psychology*, 46(1), 205-224.
- Twenge, J.M., Baumeister, R.F., Tice, D.M. & Stucke, T.S. (2001). If you can't join them, beat them: Effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, 81(6), 1058-1069.
- Twenge, J.M., Catanese, K.R. & Baumeister, R.F. (2002). Social exclusion causes self-defeating behavior. *Journal of personality and social psychology*, 83(1), 606-615.
- Van Rossum, E., Frederiks, C.M, Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J. & Knipschild, P. (1993) Effects of preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal*, 307, 27-32.
- Vázquez, C. & Muñoz, M. (2002). *Entrevista diagnóstica en Salud Mental*. Madrid: Síntesis.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(5), 730.
- Wadd, S., Lapworth, K., Sullivan, M., Forrester, D., & Galvani, S. (2011). Working with older drinkers. *London: Alcohol Research UK*.
- Wang, H. X., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *American journal of epidemiology*, 155(12), 1081-1087.
- Warner, J. P. (1998). Quality of life and social issues in older depressed patients. *International clinical psychopharmacology*, 13, S19-24.
- Warnes, A.M. & Crane, M.A. (2000). The achievements of a multiservice project for older homeless people. *The Gerontologist*, 40(5), 618-626.
- Weinstein, B. E., & Ventry, I. M. (1982). Hearing impairment and social isolation in the elderly. *Journal of Speech and Hearing Research*, 25, 593-599.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Wenger, G. C., & Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: A twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging*, 23, 115-127.

- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L. G., Sloane, R., Pieper, C., & Box, T. L. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging & mental health*, 6(3), 213-221.
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Bynum, L., Teague, C., Navas, L. & Halbrecht, H. (1999) Surfing the net in later life: A review of the literature and pilot study of computer use and quality of life. *Journal of Applied Gerontology*, 18(3), 358-378.
- Wilcock, G.K., Bucks, R.S. & Rockwood, K. (1999). *Diagnosis and management of dementia: A manual for memory disorders teams*. New York: Oxford University Press.
- Winchester, R. & Lloyd, K. (2002). Outreach across the pond. *Community Care*, 4, 30-31.
- Winningham, R. G., & Pike, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & mental health*, 11(6), 716-721.
- Witbeck, G., Hornfeld, S. & Dalack, G. W. (2000). Emergency room outreach to chronically addicted individuals. A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1) 39-43.
- Ybarzábal M., Mateos R, García M.J., Amboage M.T., & Fraguera I. (2002) Validación de la versión española del CANE. Escala de Evaluación de Necesidades para Ancianos de Camberwell. *Revista de Psicogeriatría*, 2(1), 38-44.
- Yip, S. O., Dick, M. A., McPencow, A. M., Martin, D. K., Ciarleglio, M. M., & Erikson, E. A. (2013). The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 208(2), 146-e1.
- Zigler, E.F. & Gilman, E.D. (1998). Day care and early childhood settings. Fostering mental health in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(3), 483-498.
- Ziguras, S.J., Stuart, G.W. (2000) A Meta-analysis of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-21.
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S93-S100.

Anexo 1. Protocolo de Contacto y Enganche.

Tras la aceptación de un caso en el Servicio de Aislamiento y una vez que se ha comunicado su inclusión al centro de Servicios Sociales, se pone en marcha el “Protocolo de contacto y enganche”.

El SAP se pone en contacto con el trabajador social de zona responsable del caso, vía correo electrónico, proponiéndole una fecha para:

- hacer una revisión exhaustiva del expediente de la persona derivada, en el centro de Servicios Sociales,
- llevar a cabo la primera visita conjunta al domicilio de la persona.

1. Primera visita.

Características:

- Visita **conjunta**, es decir, la realizarán las dos psicólogas del SAP acompañadas del trabajador social de zona de los Servicios Sociales responsable del caso. De esta forma, el trabajador social funciona como figura de enlace entre el usuario y las psicólogas, o entre los agentes de la comunidad y las psicólogas.
- Visita **domiciliaria**, es decir, siempre que sea posible, se llevará a cabo en el domicilio de la persona en situación de aislamiento social. Si no fuera posible, se intentará localizar a ésta en los lugares de la comunidad que suele frecuentar.
- Visita **“sin prisa”**, es decir, no habrá una duración máxima, siendo la persona en aislamiento social la que marcará el tiempo.

Objetivos:

- Presentación de las psicólogas del SAP. Se presentarán como parte del Ayuntamiento y se evitarán referencias a la palabra aislamiento, potencialmente estigmatizante. En su lugar, pueden emplearse expresiones que describan la situación sin etiquetarla, como “persona mayor que vive sola”. Una posible presentación podría ser: “Somos psicólogas que

trabajamos para el Ayuntamiento de Madrid visitando a personas mayores que viven solas, para conocerles personalmente y ver si necesitan alguna ayuda”.

- Generar un clima de confianza y bienestar de la persona en aislamiento con las profesionales del SAP, respetando sus tiempos y evitando que pueda sentirse invadida. El objetivo no es obtener la mayor cantidad posible de información sobre la persona y sus condiciones de vida, ni ofrecer todas las ayudas disponibles, ni confrontar a la persona con su situación. Estos objetivos, aunque importantes, pueden dejarse para visitas posteriores.
- Obtener el consentimiento de la persona en aislamiento para que el SAP pueda comenzar su intervención. De esta manera, tras la visita, las psicólogas se ofrecerán para volver a visitar a la persona y mantener contactos telefónicos. Dado que la intervención no se ha iniciado por petición de la persona, sino por petición de los SS.SS., es importante que ésta esté dispuesta a volver a recibir a las profesionales del SAP.

2. Construyendo la relación de enganche.

Una vez realizada la primera visita conjunta, el SAP comienza con su labor, iniciando el contacto con aproximaciones sucesivas con vistas a conseguir una relación de enganche. Después del primer contacto, los siguientes se llevan a cabo por las dos psicólogas del equipo de calle.

- No se emplea el sistema de citas en un centro, sino que los profesionales del equipo de calle contactarán con la persona en la comunidad. El contacto se realizará siempre en el ambiente de la persona, preferentemente en su vivienda, y en caso de que sea imposible contactar en su vivienda, se intentará en los lugares de la comunidad que frecuente, con un total respeto y cuidado de la protección de datos y la intimidad de la persona.
- Los contactos con cada usuario y su entorno pueden adoptar las siguientes modalidades:
 - 5) Contactos con el propio usuario:
 - Contactos personales, cara a cara, con el usuario:
 - En la vivienda.

- En la calle.
 - En lugares del entorno comunitario (Centro de Salud, Centro de Mayores, Centro de Servicios Sociales, hospital o residencia en casos de ingresos temporales, etc)
 - Contactos no presenciales, por ejemplo, telefónicos, por carta o notas en el buzón.
 - 6) Contactos con agentes facilitadores de la red formal del usuario:
 - Contactos personales, cara a cara, con los agentes facilitadores formales.
 - Contactos no presenciales: telefónicos, por carta, fax o correo electrónico.
 - 7) Contactos con agentes facilitadores de la red informal del usuario:
 - Contactos personales, cara a cara, con los agentes facilitadores informales.
 - Contactos telefónicos, por carta, fax o correo electrónico.
 - 8) Otros contactos no contemplados en los apartados anteriores.
- La frecuencia de los contactos dependerá de la respuesta del mayor a la presencia del equipo, no obstante, siempre se realizará un mínimo de un contacto mensual, bien personal, bien no presencial. El objetivo es contactar con la persona de forma periódica para ayudarlo a acostumbrarse a la presencia del equipo y hacer que la confianza se desarrolle de forma paulatina.
 - La presencia de otros profesionales durante las visitas del SAP será valorada en función de las necesidades de intervención y del grado de confianza y enganche con la persona mayor.
 - Las estrategias generales que se plantean desde el SAP para construir una relación basada en el respeto, la complicidad y la confianza con la persona mayor en aislamiento social son las siguientes:
 - Clarificar desde el principio la relación, de tal manera que los profesionales del SAP expliquen al mayor, de una manera comprensible, quiénes son y cuáles son sus propósitos, su trabajo o por qué están yendo a verle a su casa. No se emplea terminología potencialmente estigmatizante como “aislado”, “en aislamiento” o “exclusión social”, pero sí hay que explicar a la persona el motivo de la presencia de los profesionales sin utilizar engaños que pueden destruir la relación más adelante.

- Iniciar la conversación sobre temas generales, abordando cuestiones más personales de forma gradual en posteriores contactos. Se trata de respetar el ritmo de la persona en cuanto a qué información desea auto-revelar en cada momento de la intervención. En este mismo sentido, es necesario juzgar en qué momento se puede pasar de la conversación a ofrecer un servicio.
- Hacer sentir a la persona que es importante y que la información que da no tiene que volver a repetirla:
 - En este sentido, se recordarán todos los aspectos de anteriores conversaciones con la persona, tales como gustos, aficiones o intereses, como prueba de la atención del profesional y el reconocimiento de la importancia de los deseos y necesidades de la persona.
 - Planificar contactos “sin prisa”, es decir, con la suficiente duración como para que la persona sienta que se le está prestando atención y se le está dejando el tiempo necesario.
 - Por otro lado, si se incluye a algún otro profesional en el proceso de intervención, se compartirá toda la información necesaria de tal manera que la persona en aislamiento no sienta que “pierde el tiempo” o que tiene que contar su situación una y otra vez, sino que la percepción sea que todos los profesionales que le atienden son parte de un único equipo.
- Intentar terminar todos los contactos de una manera positiva. Si la persona se muestra poco receptiva, grosera o agresiva, los profesionales se retirarán en ese momento y regresarán más tarde.

3. Agentes facilitadores del contacto/enganche.

En este momento de la intervención cobran especial importancia los agentes facilitadores, tanto formales como informales. En todos los casos se buscarán agentes facilitadores no sólo del primer contacto y del proceso de enganche, sino de todo el proceso de evaluación-intervención-seguimiento.

Características:

- Son personas cercanas a la persona susceptible de intervención, con las que puede tener un mayor grado de confianza.
- Estas personas pueden tener una cercanía:

- a) Personal y/o emocional: por tener lazos afectivos, familiares o de amistad.
- b) Física: por vivir cerca de la persona y verle con frecuencia.
- c) Profesional: por conocer a la persona en el ejercicio de su profesión.
- Pueden diferenciarse dos tipos:
 - d) Agentes facilitadores formales o de la red formal: pueden ser profesionales de SAMUR Social, SAMUR Protección Civil, Policía, Bomberos y otros servicios de emergencia; profesionales del Centro de Salud (médico, trabajador social, enfermería, administrativos, etc); Salud Ambiental; profesionales relacionados con la iglesia (párroco, trabajador social Cáritas de la parroquia, etc); administrador de la finca; voluntarios de asociaciones; coordinadores; técnicos y auxiliares de los diferentes recursos sociales municipales (servicio de ayuda a domicilio, servicio de lavandería, comida a domicilio y Teleasistencia), etc.
 - e) Agentes facilitadores informales o de la red informal: familiares, amigos, vecinos, portero de la finca, comerciantes de la zona, etc.
- La función de estos agentes será la de facilitar el contacto y el enganche sobre la base de su relación previa con la persona, así como participar de forma activa en el proceso de evaluación-intervención-seguimiento de la persona, favoreciéndose una colaboración y comunicación permanentes con el equipo de calle del SAP.

4. Coordinación.

Se mantendrá una coordinación fluida con el trabajador social de zona y el responsable de la coordinación con el SAP en Servicios Sociales acerca del progreso en la relación de enganche con la persona en aislamiento social.

Anexo 2. Protocolo de Evaluación e instrumentos de evaluación empleados.

Una vez que se ha conseguido un nivel de enganche inicial, se comienzan en paralelo las labores de evaluación psicológica y social del nuevo caso.

De la misma manera que en el protocolo de contacto y enganche, este proceso de evaluación se realiza siempre que es posible en el hogar de la persona o en los lugares de la comunidad que frecuente; no se traslada a la persona a una consulta o a otros lugares ajenos a su rutina diaria.

1. Áreas de evaluación

1.1. Evaluación clínica (salud física).

Se valorarán los siguientes aspectos:

- Enfermedades previas y utilización de servicios sanitarios.
- Valoración de síntomas y signos físicos.
- Valoración de algunos síndromes geriátricos, entre ellos, la malnutrición, la inestabilidad y caídas, el inmovilismo, la incontinencia urinaria y fecal, los trastornos del sueño, el dolor, la automedicación, el déficit sensorial (visión / audición insuficiente), los problemas en la comunicación, etc.

1.2. Evaluación funcional: funcionamiento global y discapacidad.

Se valorarán los siguientes aspectos:

- Ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD). Estas actividades se dividen en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que indican la capacidad de realizar tareas de autocuidado de la persona, entre ellas, alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse, deambulación, etc; actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que indican la capacidad de la persona para vivir de forma independiente en la comunidad, por ejemplo, realización de tareas del hogar, realización de compras, manejo de la medicación y del dinero, etc.; y actividades avanzadas

de la vida diaria (AAVD), que indican la ejecución de actos más complejos, entre ellos, empleo, tareas en el tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, etc.

- Funcionamiento global en el hipotético continuo salud-enfermedad propuesto por la APA (2002) en el DSM-IV-TR.
- Discapacidad en cuanto al cuidado personal y funcionamiento ocupacional, familiar y en el contexto social.

1.3. Evaluación del funcionamiento psicológico y cognitivo.

Se valorarán los siguientes aspectos:

- Valoración de algunos síndromes geriátricos, entre ellos, deterioro cognitivo (confusión mental), depresión y ansiedad, aislamiento, etc.
- Evidencia de sintomatología que haga sospechar de alguna patología o trastorno concreto.
- Pasos para la evaluación del funcionamiento psicológico y cognitivo:
 - Paso 1: Observación. Descripción general. Se observa a la persona en los primeros segundos de contacto personal:
 - Apariencia. Descripción del aspecto de la persona y de la impresión física global que transmite (por ejemplo, sexo, edad, estado nutricional, higiene, vestido, etc).
 - Conciencia. Existen cuatro niveles básicos de conciencia: alerta / despierto, letargia, estupor y coma. La evaluación se puede desarrollar con personas alertas o levemente letárgicas. En cualquier otro caso, la evaluación se detiene y la intervención se dirige a conseguir un estado de alerta.
 - Conducta motora. Se evalúan aspectos como la postura, los movimientos psicomotores, los movimientos faciales y corporales que expresen afecto, el contacto ocular, los movimientos anormales, etc.
 - Actitud hacia los profesionales del SAP.
 - Paso 2: Conversación. Se inicia una conversación informal para la evaluación de algunos procesos básicos, tales como:
 - Atención. Se evalúa la atención general, la atención selectiva y la atención focalizada.

- Lenguaje. Se evalúa la articulación, el ritmo, la fluidez, la gramática, los aspectos formales, el afecto a través del lenguaje, etc.
- Pensamiento. Se evalúa la concreción/dispersión, la capacidad de asociación, la perseveración, los bloqueos y cambios bruscos, la fuga de ideas, las incongruencias, la divagación, la mezcla de palabras, la educación e inteligencia, el pensamiento abstracto, el contenido, el curso del pensamiento, etc.
- Orientación. Se evalúa la orientación en espacio, tiempo y persona, así como la orientación actual y vital e histórica.
- Memoria. Se evalúa la memoria a corto y largo plazo, la biográfica, la memoria sobre temas sociales, las distorsiones, etc.
- Afecto. Se evalúan, entre otros, aspectos relativos a la comunicación, la motivación y el estado de ánimo.
- Paso 3: Exploración. Las variables más frecuentes son:
 - Emociones (estado de ánimo, expresión afectiva, adecuación)
 - Nivel de energía.
 - Percepción sensorial (Alteraciones perceptivas: alucinación, ilusión, despersonalización y desrealización) y social.
 - Inteligencia.
 - Capacidad para controlar los impulsos.
 - Nivel de energía.
 - Capacidad de juicio.
 - Introspección e insight. Conciencia de enfermedad.
- Paso 4: Aplicación de escalas. La observación, la conversación y la exploración pueden llevar a los profesionales del SAP a decidir que es conveniente administrar a la persona alguna escala o cuestionario de valoración específico.

1.4. Evaluación del funcionamiento social.

Se valorarán los siguientes aspectos:

- Relaciones sociales (familiares, amigos, vecinos, etc.)
- Relaciones significativas de apoyo y ayuda.

- Accesibilidad a familiares, amigos, profesionales, voluntarios y disponibilidad de éstos cuando los precisa.
- Utilización pasada de servicios sociales (ayuda a domicilio, centro de día, etc.) y expectativas o deseo de utilización en el futuro.
- Estado de la vivienda (confortabilidad y habitabilidad)...
- Ingresos económicos.
- Rutina diaria (actividades frecuentes)
- Actividades de ocio.

1.5. Evaluación de necesidades.

De forma transversal a la valoración de las áreas mencionadas anteriores, se evalúan las necesidades no cubiertas que presenta la persona.

2. Instrumentos de evaluación

Dadas las características de la muestra acerca del rechazo de intervenciones previas y reticencia a la presencia de los profesionales, ninguno de los instrumentos seleccionados debe ser cumplimentado por la persona evaluada, sino que serán valorados por los profesionales del SAP en función de la información recabada a través de observación directa y entrevista. De esta manera, se simplifica y se facilita el proceso de evaluación de esta población.

Los instrumentos empleados por el SAP en todos los casos, para evaluar las distintas áreas de evaluación psicogerontológica, son los siguientes:

- Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007)
- EEFG Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (American Psychiatric Association, 2000; versión española en Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).
- Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S) (Janca et al., 1996; adaptación española de Organización Mundial de la Salud, 2000).

- Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE) (Reynolds et al., 2000; adaptación española de Ybarzábal, Mateos, García, Amboage & Fraguera, 2002)

De forma complementaria, sólo en aquellos casos que en los que se considere oportuno, pueden ampliarse la información mediante la utilización de otras escalas de valoración. Por ejemplo, la Escala Breve de Valoración de Síntomas Psiquiátricos (BPRS) (Overall & Gorham, 1962; adaptación española de Peralta & Cuesta, 1994); o el Mini examen del estado mental (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adaptación española de Lobo et al., 1999); etc.

En la siguiente tabla se recoge la relación entre las áreas de valoración psicogerontológica evaluadas por el SAP, los aspectos evaluados en cada una de ellas y los instrumentos empleados y a continuación, se presenta el Cuaderno de Evaluación del SAP con los cuatro instrumentos empleados en todos los casos.

Tabla. Áreas de evaluación psicogerontológica, aspectos evaluados e instrumentos de evaluación empleados por el SAP.

Área de evaluación	Aspectos evaluados	Instrumentos de Evaluación
1. Evaluación clínica (salud física).	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades previas y utilización de servicios sanitarios. - Valoración de síntomas y signos físicos. - Valoración de síndromes geriátricos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007)
2. Evaluación funcional: funcionamiento global y discapacidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de las actividades de la vida diaria: básicas, instrumentales y actividades avanzadas. - Funcionamiento global. - Discapacidad en cuanto al cuidado personal y funcionamiento ocupacional, familiar y en el contexto social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG) (American Psychiatric Association, 2000; versión española en Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). - Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS-S) (Janca et al., 1996; adaptación española de Organización Mundial de la Salud, 2000)
3. Evaluación del funcionamiento psicológico y cognitivo.	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de síndromes geriátricos. - Sintomatología psiquiátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007). - Escalas de valoración de sintomatología de un trastorno concreto ante la sospecha de la existencia de dicho trastorno.
4. Evaluación del funcionamiento social.	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sociales. - Relaciones significativas de apoyo y ayuda. - Accesibilidad y disponibilidad a apoyos formales e informales. - Utilización pasada de servicios sociales y expectativas o deseo de utilización en el futuro. - Estado de la vivienda. - Ingresos económicos. - Rutina diaria (actividades frecuentes) - Actividades de ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (HoNOS65+) (Burns et al., 1999; adaptación española de Ausín, Muñoz & Quiroga, 2007)
5. Evaluación de necesidades.	Evaluación transversal de necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE) (Reynolds et al., 2000; adaptación española de Ybarzábal, Mateos, García, Amboage & Fraguera, 2002)



CUADERNO EVALUACIÓN

Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social en Madrid



Un glosario tabulado para usar el HoNOS 65+ (Escala de Evolución para Personas Mayores de 65 años)

Pautas para recordar

1. Puntuar únicamente la información del periodo de referencia.
2. Utilizar toda la información disponible. Contenidos basados en problemas - no en diagnósticos.
3. Comenzar por el Item 1 y seguir en orden hasta puntuar el problema/síntoma sólo una vez, evitando puntuar algo más de una vez.
4. Utilice su criterio clínico para puntuar.
5. Puntuar el problema/síntoma mas grave durante el periodo de referencia. Mirar **todas** las filas y puntuar el problema/síntoma que sea más grave.
6. **Resumen general de las puntuaciones**
 - 0 Sin problema
 - 1 Problema menor - no requiere intervención (subumbral)
 - 2 Problema leve pero claramente presente
 - 3 Problema moderado
 - 4 Problema grave
 - 9 Desconocido (evitar si es posible)

ESCALA 1. CONDUCTA ALBOROTADA

- Puede ser debida a cualquier causa

	Sin problema	Menor (No requiere ninguna acción específica)	Leve	Moderado	Grave
	0	1	2	3	4
a) Hiperactividad	Cero	Hiperactividad ligera	Hiperactividad significativa	Hiperactividad persistente	Hiperactividad grave
b) Agresividad	Cero	Ocasionalmente irritabilidad/enfrentamientos	Agresiones verbales - empujar-importunar interferir (p.ej. acciones agresivas)	Frecuentes agresiones verbales/agresividad física hacia otras personas	Al menos 1 ataque físico serio/persistente y grave conducta amenazante
c) Desorganización o destrucción hacia objetos de otras personas	Cero	Cero	Destrucción menor de la propiedad (p.ej. rompervasos/cristales)	Incremento de la destrucción a la propiedad (más grave)	Destrucción grave/persistente (p.ej. prender fuego)
d) Inquietud	Cero	Ocasional	Intermitente	Frecuente	Constante
e) Agitación	Cero	Cero	Agitación significativa	Persistente	Agitación grave
f) No cooperación o resistencia	Cero	En general tranquilo y cooperativo	No cooperativo a veces, lo que requiere persuasión e incentivo	No cooperación significativa y frecuentemente	Graves conductas no-sumisas o de resistencia
g) Vagabundeo	Cero	Cero/ocasional	Intermitente (día o noche)	Más frecuente (día y noche)	Constante
h) Conducta inapropiada y desinhibida (p.ej. sexual)					Deliberada (p.ej. micción y/o defecación)
j) Vocalización inapropiada p.ej. chillar, gruñir, lloriquear	Cero	Ocasional	Intermitente	Persistente	Grave e intolerable para los demás
k) Conducta extraña, rara p.ej. posturas					
l) Otros					

ESCALA 2. AUTOLESIONES NO ACCIDENTALES

- No considerar el riesgo de autolesiones futuras, sino sólo el riesgo durante el periodo de referencia. Incluye tanto parasuicidios como tentativas de suicidio.
- El problema de la intencionalidad forma parte del riesgo corriente de la evaluación, si bien difícil de evaluar. Ante la ausencia de evidencia contraria se asume que los resultados de las autolesiones son todos intencionados. NO puntuar riesgo futuro - sólo el riesgo durante el periodo de referencia pasado.

	Sin problema 0	Menor 1	Leve 2	Moderado 3	Grave 4
a) Pensamientos/Ideas	Cero	"Mejor estar muerto" –el paciente quiere estar muerto pero no hay pensamientos de autolesión	Pensamientos pasajeros de autolesión (activos o pasivos)	Pensamientos frecuentes de autolesión, incluye planearlo	Pensamientos persistentes y graves acerca de autolesión
b) Intención	Cero	Cero	Leve (p.ej. no evitar una situación potencialmente amenazante)	Riesgo moderado en el periodo de referencia/intención moderada. Actos preparatorios (p.ej. acumular medicación)	Riesgo grave de autolesión en el periodo de referencia
c) Actos	Cero	Cero	Cero	Cero	Al menos una tentativa de autolesión en el periodo de referencia

ESCALA 3. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL O DROGAS

	Sin problema 0	Menor 1 (consumo excesivo pero dentro de las normas sociales)	Leve 2 (sin tratarse de un problema serio)	Moderado 3	Grave 4
a) Apetencia y Tolerancia	Cero	Cero	Grado leve	Marcada apatencia o dependencia	Grave apatencia y dependencia
b) Prioridad que se le concede	Cero	Cero	Con mas frecuencia	Persistente	Total
c) Control debilitado	Cero	Capacidad de control	Pérdida ocasional de control	Pérdida moderada de control	Pérdida grave/persistente de control
d) Frecuencia de intoxicación	Cero	Insignificante	Con más regularidad - aprox. 2-3 veces a la semana	Con más frecuencia - aprox. 4-5 veces a la semana	Persistente - diariamente
e) Otros riesgos asociados al consumo p.ej. beber/conduciendo	Cero	Cero	Con más frecuencia	Significativo	Grave
f) Efectos temporales	Cero	Raramente	Resaca ocasional	Resacas frecuentes	Incapacitado por problemas de alcohol/drogas

ESCALA 4. PROBLEMAS COGNITIVOS

- Asociados a cualquier trastorno

	Sin problema 0	Menor 1	Leve 2	Moderado 3	Grave 4
a) Memoria	Cero	Cierto grado de olvido pero es capaz de aprender material nuevo	Problemas definidos para recordar nueva información (p.ej. para nombres o recuerdos de sucesos recientes) Déficits que interfieren con las actividades cotidianas Alguna dificultad para encontrar un camino en zonas nuevas o no familiares	No es capaz de conservar información nueva (sólo conserva material fuertemente aprendido)	Deterioro grave (p.ej. sólo permanecen fragmentos; pérdida de información tanto remota como reciente; incapaz de aprender información nueva; incapaz de reconocer o nombrar amigos/parientes cercanos.)
b) Orientación	Cero	Alguna dificultad de orientación temporal	Frecuente desorientación temporal	Comunmente desorientación temporal y desorientación espacial frecuente	Continuamente desorientado temporal y espacialmente y algunas veces con las personas
c) Lenguaje	Cero	Ninguna dificultad con el uso del lenguaje	Es capaz de tratar información verbal simple pero algunas dificultades para comprender Pobre expresión del lenguaje más complejo	Dificultades graves con el lenguaje (expresivo y/o receptivo).	No es posible una comunicación efectiva a través del lenguaje - inaccesibilidad al habla

ESCALA 5. PROBLEMAS RELACIONADOS CON UNA ENFERMEDAD FÍSICA/DISCAPACIDAD

De cualquier causa

	Sin problema	Menor problema de salud	Leve Restricción de actividades o movilidad	Moderada Restricción de las actividades	Grave Problemas de salud mayores con una grave restricción de las actividades
	0	1	2	3	4
a) Salud física	Cero	p.ej. antiguas contusiones debidas a caídas etc., que se evidencian rápidamente (p.ej. <i>pacientes en remisión de enfermedades de larga duración, es decir, artritis</i>)	Leve infección del pecho o ITU (infección del tracto urinario) Cierta grado de perdida de independencia	Infección del pecho más grave o ITU + incontinencia	Infecciones graves principales, que llevan a permanecer en cama
b) Movilidad	Cero	Cierta restricción	Distancias recorridas a pie limitadas (sin elementos auxiliares)	Camina únicamente con elementos auxiliares o ayuda	Permanece en silla/cama
c) Deterioro sensorial	Cero	Cierto deterioro pero es capaz de funcionar eficazmente (p.ej. <i>gafas o auxiliares auditivos</i>)	Deterioro de la capacidad visual o auditiva sin el uso de auxiliares (p.ej. <i>gafas o auxiliares auditivos</i>)	Deterioro moderado	Deterioro grave – (p.ej. <i>certificado de ceguera o sordera</i>)
d) Caídas	Cero	Cero	Riesgo posible o bajo de caídas sin ninguna caída hasta la fecha (inestable)	Riesgo significativo de caídas con 1 o más caídas	Alto riesgo de caídas con 1 ó más caídas debido a enfermedades/discapacidad física
e) Efectos secundarios de la medicación	Cero	Cero	Leve	Grado moderado	Grave
f) Dolor debido a una enfermedad física	Cero	Cero	Grado de dolor leve	Grado de dolor moderado	Dolor grave/problemas asociados a dolor
g) Lesión asociada a drogas, alcohol, autolesión o accidente	Cero	Cero	Leve	Moderado p.ej. Cirrosis	Grave Deterioro en el nivel de conciencia p.ej. estupor
h) Otros (p.ej. habla afectada por problemas dentales)					

ESCALA 6. PROBLEMAS ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ALUCINACIONES Y/O IDEAS DELIRANTES (O FALSAS CREENCIAS)

Independientemente del diagnóstico

	Sin problema 0	Menor 1	Leve - Problema clínico leve 2	Moderado - Problema clínico moderado 3	Grave - Problema clínico grave 4
a) Ideas delirantes	Cero	Ciertas creencias extrañas/excéntricas. Inofensivas pero no congruentes con el ambiente cultural del paciente	Presentes pero originan escaso malestar al paciente o a otros	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o alucinaciones produciendo un malestar significativo en el paciente o en otros 	<ul style="list-style-type: none"> El estado mental y de conducta del paciente están seriamente afectados como consecuencia de las ideas delirantes o alucinaciones Tiene una repercusión mayor en el paciente u otros
b) Alucinaciones	Cero	Cero	Presentes pero originan escaso malestar	Como arriba	Como arriba
c) Trastorno del pensamiento	Cero	Asociaciones poco exactas	Trastorno del pensamiento leve	Trastorno del pensamiento moderado	Incomprensible, irrelevante

ESCALA 7. PROBLEMAS EN RELACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

	Sin problema 0	Menor 1	Leve 2	Moderado 3	Grave 4
Trastorno del estado de ánimo (estado de ánimo depresivo y síntomas asociados)	Cero	Tristeza o cambios menores o transitorios en el estado de ánimo	Depresión clara en medidas subjetivas y objetivas (p.ej. pérdida de interés, placer o autoestima, falta de energía o sentimientos)	Síntomas depresivos marcados (en medidas subjetivas u objetivas)	Síntomas de depresión grave con fundamentos subjetivos u objetivos (p.ej. preocupación con ideas de culpa e inutilidad o abandono debido a una pérdida de interés grave; profunda pérdida de interés por el placer)

	Sin problema 0	Menor 1	Leve 2	Moderado 3	Grave 4
al estado de ánimo depresivo en cualquier trastorno)			de energía o sentimientos de culpa)		

ESCALA 8. OTROS PROBLEMAS MENTALES Y CONDUCTUALES

- *Puntuar el problema clínico más grave no puntuado en las escalas 6-7*
 - A) *Fobias,*
 - B) *Ansiedad y Pánico*
 - C) *Obsesivo-Compulsivo*
 - D) *Sobrecarga Mental y Tensión*
 - E) *Problemas disociativos o de conversión*
 - F) *Somatoforme - persisten las quejas físicas en su mayoría de origen psicológico (con escasa evidencia de enfermedad física) p.ej. Hipocondría*
 - G) *Alimentación - exceso/defecto*
 - H) *Sueño – Hipersomnia / Insomnio*
 - I) *Sexual*
 - J) *Otros - como júbilo - humor expansivo - problemas no especificados en otro sitio*

	Sin problema	Menor (Requiere poca o ninguna acción)	Leve (un problema está clínicamente presente)	Moderado	Grave
	0	1	2	3	4
a) Severidad de los síntomas	Cero	Problemas no clínicos	Intensidad leve - el paciente sigue interactuando y no se encierra	El problema se encuentra en un nivel moderado/significativo (síntomas más marcados)	Síntomas graves
b) Frecuencia	Cero	Infrecuente	Intermitente	Más frecuente	Síntomas persistentes
c) Grado de control	Cero	Bien controlado	El paciente mantiene un cierto grado de control	Comienza a perder control	Domina o afecta seriamente la mayoría de las actividades
d) Grado de malestar (sólo para sí mismo)	Cero	Probablemente ninguno	No muy angustiado	Los síntomas producen un malestar mayor	Malestar grave

ESCALA 9. PROBLEMAS CON LAS RELACIONES SOCIALES O DE APOYO

Identificados por o manifestos para el paciente, cuidadores u otros como el personal residente

- a) Carencia activa o pasiva de relaciones (a juzgar por la calidad o cantidad de habilidades de comunicación)
- b) Relaciones carentes de apoyo (el paciente es incapaz de conseguir soporte emocional, p.ej. porque son excesivamente amistosos, porque son incapaces de interpretar el lenguaje de manera efectiva)
- c) Relaciones Destructivas/Autolesivas (p.ej. debido a problemas personales y de ese modo tienen dificultades para mantener las relaciones o para hacer alianzas útiles)

	Sin problema	Menor	Leve	Moderado	Grave
	0	1	2	3	4
a) Grado de carencia activa/pasiva de relaciones y conflictos	Cero	Puede ser solitario pero autosuficiente y competente cuando está con otros	Evidencia de claros problemas para crear, mantener o adaptarse a relaciones de apoyo (p.ej. debido a el control de los modales o la aparición de dificultades/relaciones de explotación o abusivas con los cuidadores) Dificultades referidas por el paciente o evidentes para otros	Grado de conflicto significativo y moderado identificado por el paciente u otros	Dificultades graves en las relaciones (p.ej. aislamiento / carencia / conflicto o abuso) Mayores tensiones y estresores (p.ej. amenazas de destruir una relación)
b) Frecuencia	Cero	Satisfecho con el nivel de interés	Problema intermitente o variable con las relaciones	Problema persistente con las relaciones en la dirección de alguna carencia	Persistente y en aumento
c) Malestar	Cero	Cero	No muy angustiado (leve)	Angustiado (Significativo) (el paciente y/u otros)	Muy angustiado

ESCALA 10. PROBLEMAS CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Puntuar el nivel medio general de ejecución o funcionamiento actual (no la capacidad potencial). Incluir cualquier falta de motivación. Considerar:

Actividades **personales** de la vida diaria p.ej. la vestimenta, la limpieza personal, el uso del lavabo, la alimentación. Actividades **domésticas** de la vida diaria p.ej. ir a la compra, limpieza de la casa, cocina, administración del dinero

	Sin problema	Menor (Sin consecuencias significativas o adversas)	Leve	Moderado	Grave
	0	1	2	3	4
Actividades personales y domésticas de la vida diaria	Buena capacidad de funcionamiento efectivo	Algunos déficits pero es capaz de arreglárselas eficazmente (p.ej. desordenado, ligeramente desorganizado)	Puede requerir estimulación. Déficits que afectan al funcionamiento, significativos aunque leves. Problemas notorios en las actividades de la vida diaria (AVD) (p.ej. problemas para organizar y hacer una comida. Problemas con el entendimiento financiero)	Problemas claros tanto en las AVD personales como domésticas (p.ej. necesita alguna supervisión con la vestimenta y alimentación, ocasionalmente incontinencia urinaria, no es capaz de preparar y hacer una comida)	Incapacidad grave en casi todas las áreas tanto en las AVD personales como domésticas (p.ej. requiere completa supervisión con la vestimenta y alimentación, frecuente incontinencia urinaria y fecal)

ESCALA 11. PROBLEMAS GENERALES CON LAS CONDICIONES DE VIDA

Considerar el grado en que las condiciones de vida del paciente influyen en sus intactas capacidades y habilidades. Considerar específicamente:

- Provisiones básicas** p.ej. calefacción, luz, higiene, facilidades para cocinar
- Relaciones con los familiares, ayuda de los vecinos, otros**
- Opciones posibles o grado de oportunidad de mejora de la motivación**, p.ej. facilitar el uso de las habilidades existentes y desarrollar otras nuevas, Intimidad - cocina, talentos
- Preferencias y grado de satisfacción con el hogar**
- Personal - cifra (entrenados), calidad, experiencia, relación con el personal, conocimiento de las capacidades del paciente**

	Sin problema (El alojamiento es aceptable y no restrictivo. Logro de autonomía)	Problema menor o transitorio (Razonablemente aceptable pero menor autonomía plena)	Problemas leves (Restricción moderada del ambiente - puede haber riesgo de problemas significativos para el paciente en 1 o más aspectos)	Moderado (Problemas preocupantes y múltiples con el alojamiento lo que causa limitaciones considerables, riesgo de lesiones, etc)	Grave (El alojamiento es inaceptable, lo que causa graves limitaciones, alto riesgo de lesiones, etc.)
	0	1	2	3	4
Examen objetivo del entorno del paciente	Muy bueno	Aceptable p.ej. escasa decoración orden/mal olor/suciedad. No hay deficiencias fundamentales	Algunos problemas significativos con el alojamiento o con los auxiliares y adaptaciones. Provisiones básicas presentes	Mala calidad - Carencia de 1 ó más necesidades básicas p.ej. pobres facilidades para cocinar	Problemas graves. Muypobres. Sin techo p.ej. condiciones de vida intolerables

ESCALA 12. PROBLEMAS CON EL TRABAJO Y LAS ACTIVIDADES DE OCIO - CALIDAD DEL ENTORNO COTIDIANO

Puntuar el nivel global de problemas. Respecto al entorno puntuar sólo el periodo de referencia. Considerar

- a) Adaptaciones en los transportes
- b) Personal/Cuidadores/Profesionales - cifra (entrenados), calidad, experiencia, relación con el personal, conocimiento de las capacidades del paciente
- c) Ocupación del paciente durante el día
- d) Puntuar como entorno únicamente el periodo de referencia

	Sin problema (Autonomía lograda o maximizada)	Menor o problemas temporales (Menor autonomía plena)	Restricción leve	Restricción moderada	Restricción grave (Paciente gravemente descuidado. Mínimas condiciones sin actividades constructivas)
	0	1	2	3	4
a) Actividades disponibles - cursos educativos, bibliotecas, centros de día, sitios donde estar	Disponibilidad/ accesibilidad de oportunidades muy buenas	Disponibilidad de actividades pero no a las horas convenientes	Surtido limitado de oportunidades (p.ej. apoyo insuficiente por parte de los cuidadores/profesionales, o ayuda cotidiana limitada)	Deficiencia de servicios cualificados disponibles que ayuden a optimizar las habilidades. Pocas oportunidades para desarrollar nuevas habilidades	Falta de oportunidades efectivas para realizar actividades durante el día
b) Grado de cooperación del paciente	Cooperación plena	El paciente rehusa o tiene dificultades para utilizar las facilidades	El paciente en algunas ocasiones es reacio a utilizar las facilidades o es incapaz de hacerlo	El paciente es a menudo reacio a utilizar las facilidades o es incapaz de hacerlo	El paciente rehúsa las facilidades o siempre es incapaz de utilizarlas

Developed by Lewisham & Guys HoNOS65+ Development Group for the HoNOS65+ Implementation Group © 1999/2002
This form may be reproduced freely with acknowledgement but may not be altered without the consent of the Group.

Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (CANE)

1. ALOJAMIENTO

¿TIENE LA PERSONA UN LUGAR ADECUADO DONDE VIVIR?

¿Dónde vive? ¿Qué tipo de lugar es? ¿Tiene algún problema con el alojamiento?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD

Ej. La persona tiene un hogar adecuado, incluso si está actualmente en un hospital.

1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA

Ej. La persona está viviendo en un alojamiento protegido o en una pensión.

2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA

Ej. Vagabundo, alojamiento precario o el alojamiento carece de las condiciones básicas como agua, electricidad, calefacción, etc.

9 = DESCONOCIDO

2. CUIDADO DEL HOGAR

¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES PARA EL CUIDADO DE SU HOGAR?

¿Es capaz de cuidar de su casa? ¿Le ayuda alguien?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD

Ej. El hogar puede estar desordenado, pero la persona lo mantiene básicamente limpio.

1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA

Ej. Problemas para el cuidado del hogar y tiene ayuda doméstica regularmente.

2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA

Ej. Incapaz de hacer ninguna tarea doméstica. El hogar está sucio y existe riesgo potencial para la salud.

9 = DESCONOCIDO

3. ALIMENTACIÓN

¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES PARA CONSEGUIR SUFICIENTE COMIDA?

¿Prepara sus propios alimentos y hace su compra? ¿Qué tipo de alimentación toma?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD

Ej. Capaz de comprar y preparar comidas adecuadas.

1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA

Ej. Incapaz de preparar alimentos y se le proporcionan comidas.

2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA

Ej. Dieta muy pobre; comida culturalmente inapropiada; incapaz de ir de compras o preparar ningún alimento.

9 = DESCONOCIDO

4. CUIDADO PERSONAL

¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES PARA SU CUIDADO?

¿Tiene dificultades con el cuidado personal como lavado, vestido, cortar sus uñas...? ¿Necesita ayuda alguna vez?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD
1 = PROBLEMA O NECESIDAD
CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD
NO CUBIERTA
9 = DESCONOCIDO

Ej. Apropriadamente vestido y arreglado.
Ej. Necesita y recibe ayuda para su cuidado personal.
Ej. Poca higiene personal, incapaz de vestirse o lavarse.

5. CUIDADO DE OTRA PERSONA

¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES CUIDANDO A OTRA PERSONA?

¿Está cuidando de alguien? ¿Tiene alguna dificultad en ocuparse de él/ella?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD
1 = PROBLEMA O NECESIDAD
CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD
NO CUBIERTA
9 = DESCONOCIDO

Ej. Nadie de quien cuidar o sin problemas en los cuidados.
Ej. Dificultades con el cuidado y recibiendo ayuda.
Ej. Dificultad seria en ocuparse o cuidar de alguien.

6. ACTIVIDADES DIARIAS

¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES PARA MANTENER ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES Y ADECUADAS?

¿Cómo pasa el día? ¿Tiene suficientes cosas que hacer?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD
1 = PROBLEMA O NECESIDAD
CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD
NO CUBIERTA
9 = DESCONOCIDO

Ej. Actividades adecuadas de trabajo, sociales o de ocio.
Ej. Incapaz de ocuparse por sí mismo, acude a actividades organizadas, como un centro de día.
Ej. Actividades de trabajo, sociales o de ocio inadecuadas.

7. MEMORIA

¿TIENE LA PERSONAS PROBLEMAS CON LA MEMORIA?

¿A menudo tiene problemas para recordar cosas que han sucedido recientemente? ¿A menudo olvida dónde ha puesto las cosas?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. A veces se olvida, pero lo recuerda más tarde.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Algunos problemas pero recibiendo ayuda/siendo investigados.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Claro déficit en recordar nueva información; pierde cosas; desorientado en tiempo y/o espacio.
9 = DESCONOCIDO	

8. VISTA/OÍDO

¿TIENE LA PERSONA ALGÚN PROBLEMA DE VISIÓN O AUDICIÓN?

¿Tiene alguna dificultad para oír lo que le dice alguien en una habitación silenciosa? ¿Tiene alguna dificultad al leer las noticias o ver la televisión?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. Sin problemas (puede llevar lentes correctoras o audífono).
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Algún problema pero corregido en cierta manera.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Gran dificultad para ver u oír.
9 = DESCONOCIDO	

9. MOVILIDAD

¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS PARA MOVERSE, CAÍDAS O PROBLEMAS PARA USAR EL TRANSPORTE PÚBLICO?

¿Tiene alguna dificultad al entrar o salir de casa? ¿Ha tenido caídas? ¿Puede usar el autobús o el tren?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. Físicamente capaz. Movilidad normal.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Alguna dificultad caminando, subiendo escaleras o usando el transporte público, pero capaz de hacerlo con ayudas (bastones, muletas, etc). Caídas ocasionales.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Movilidad muy restringida incluso con aparatos para caminar. Varias caídas por mes.
9 = DESCONOCIDO	

10. CONTINENCIA

¿TIENE LA PERSONA INCONTINENCIA?

¿Ha tenido alguna vez accidentes / se ha mojado alguna vez al no poder llegar al lavabo rápidamente? ¿Cuánto problema? ¿Heces en alguna ocasión? ¿Está recibiendo ayuda?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. Sin incontinencia.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Incontinencia en alguna ocasión. Recibiendo la ayuda adecuada /investigaciones diagnósticas.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Habitualmente húmedo o manchado.
9 = DESCONOCIDO	

11. SALUD FÍSICA

¿TIENE LA PERSONA ALGUNA DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD FÍSICA?

¿Cómo se siente físicamente? ¿Sigue algún tratamiento para problemas físicos prescrito por su médico?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. Físicamente bien.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Enfermedad física como tensión alta que recibe un tratamiento apropiado.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Enfermedad física seria sin tratamiento. Enfermedad terminal. En lista de espera para cirugía mayor.
9 = DESCONOCIDO	

12. MEDICACIÓN/DROGAS

¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS CON MEDICAMENTOS O DROGAS?

¿Tiene algún problema (p.ej. efectos secundarios) con la medicación? ¿Cuántas pastillas diferentes está tomando? ¿Ha sido su medicación revisada recientemente por su médico? ¿Toma usted algún medicamento o sustancia que no le haya sido recetado?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. Sin problemas de cumplimiento, efectos secundarios, abuso o dependencia de sustancias.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Revisiones habituales, consejo. La enfermera administra la medicación. Envases especiales.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Pobre cumplimiento. Toma demasiado o muy poco. Dependencia o abuso de sustancias (recetadas o no).
9 = DESCONOCIDO	

13. SÍNTOMAS PSICÓTICOS

¿TIENE LA PERSONA SÍNTOMAS PSICÓTICOS TALES COMO IDEAS DELIRANTES, ALUCINACIONES, ALTERACIONES FORMALES DEL PENSAMIENTO O PASIVIDAD?

¿Alguna vez oye voces, ve cosas extrañas o tiene problemas con sus pensamientos? ¿Toma alguna medicación para esto?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. No hay síntomas definidos, no hay riesgo de padecerlos y no toma medicación para síntomas psicóticos.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Síntomas tratados con medicación u otra ayuda.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Actualmente presenta síntomas o riesgo de padecerlos.
9 = DESCONOCIDO	

14. ANGUSTIA (DISTRESS)

¿ESTÁ ACTUALMENTE LA PERSONA ANGUSTIADA?

¿Se ha sentido recientemente muy triste o decaído? ¿Se ha sentido muy ansioso, atemorizado o preocupado?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. Angustia leve u ocasional.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Necesita y recibe apoyo actualmente.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. La angustia afecta significativamente a su vida, por ejemplo, le impide salir.
9 = DESCONOCIDO	

15. INFORMACIÓN (sobre su enfermedad y tratamiento)

¿HA RECIBIDO LA PERSONA UNA INFORMACIÓN CLARA, VERBAL O ESCRITA, ACERCA DE SU ESTADO Y TRATAMIENTO?

¿Ha recibido información clara sobre su estado, la medicación u otros tratamientos? ¿Cuánto le ha ayudado la información? ¿Quiere esta información?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. Ha recibido y comprendido información adecuada. No ha recibido información pero no la desea. Estado avanzado de demencia que excluye la necesidad.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. No ha recibido o comprendido toda la información.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. No ha recibido información o sólo información inadecuada.
9 = DESCONOCIDO	

16. RIESGO PARA SÍ MISMO (autoagresión deliberada)

¿ES LA PERSONA UN PELIGRO PARA SÍ MISMO?

¿Ha pensado alguna vez en autoagredirse? ¿Sólo ideas o lo ha hecho realmente?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD
1 = PROBLEMA O NECESIDAD
CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA

2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD
NO CUBIERTA

9 = DESCONOCIDO

Ej. No ideas de autoagresión o suicidas.

Ej. El riesgo de suicidio está controlado
por el personal, recibe asesoramiento.

Ej. Ha expresado ideas suicidas o se ha
expuesto a grave peligro durante el último
mes.

17. RIESGO PARA SÍ MISMO (accidentes)

¿TIENE LA PERSONA RIESGO DE DAÑARSE ACCIDENTALMENTE?

*¿Ha hecho alguna vez algo que le pusiera en peligro accidentalmente como dejar
el gas abierto, un fuego encendido, perderse...?*

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD
1 = PROBLEMA O NECESIDAD
CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA

2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD
NO CUBIERTA

9 = DESCONOCIDO

Ej. No daños personales por accidente.

Ej. Supervisión específica o ayuda, por
ejemplo notas recordatorio o avisos
ocasionales.

Ej. Conducta peligrosa frecuente como
perderse, peligro con el gas/fuego, etc.

18. SEGURIDAD (abuso/abandono)

¿ESTÁ LA PERSONA EN RIESGO POR CAUSA DE OTROS?

¿Alguien ha hecho algo para asustarle, dañarle o aprovecharse de usted?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD
1 = PROBLEMA O NECESIDAD
CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA

2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD
NO CUBIERTA

9 = DESCONOCIDO

Ej. No abuso ni abandono.

Ej. Necesita y consigue apoyo o
protección.

Ej. Gritos, empujones o desatención
habituales. Malversación financiera.
Agresión física.

19. RIESGO PARA LOS DEMÁS

¿ES LA CONDUCTA DE LA PERSONA PELIGROSA, AMENAZANTE O MOLESTA PARA OTROS?

¿Tiene problemas con otras personas, metiéndose en sus asuntos, molestandoles, amenazándoles o peleándose con ellos? ¿Ha perdido el control de sí mismo alguna vez?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. Sin historia de comportamiento violento o amenazante.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Bajo supervisión debido a un riesgo potencial.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Violencia o amenazas recientes.
9 = DESCONOCIDO	

20. ALCOHOL

¿BEBE LA PERSONA EXCESIVAMENTE O TIENE PROBLEMAS PARA CONTROLAR LA BEBIDA?

¿Toma alcohol? ¿Cuánto? ¿La bebida le causa algún problema? ¿Se siente culpable alguna vez? ¿Desearía beber menos?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. No bebe o lo hace sensatamente.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. En riesgo de abuso de alcohol y recibiendo ayuda.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Actualmente bebiendo de forma perjudicial o incontrolable.
9 = DESCONOCIDO	

21. COMPAÑÍA

¿NECESITA LA PERSONA AYUDA PARA EL CONTACTO SOCIAL?

¿Está satisfecho con su vida social? ¿Desearía tener más contacto social con otros? ¿Se siente a menudo solo?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD	Ej. Capaz de mantener suficientes contactos con otros, tiene suficientes amigos.
1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Asiste de forma apropiada a un club social o centro de día.
2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Frecuentemente se siente solo y aislado. Muy pocos contactos sociales.
9 = DESCONOCIDO	

22. RELACIONES DE PAREJA

¿TIENE LA PERSONA UN COMPAÑERO, FAMILIAR O AMIGO CON QUIEN MANTENGA UNA RELACIÓN FÍSICA O EMOCIONAL ÍNTIMA?

¿Tiene una pareja, familiar o amigo al que se sienta unido? ¿Puede hablar acerca de sus preocupaciones o problemas? ¿Tiene algún problema en su vida de pareja?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD

Ej. Relaciones satisfactorias o es feliz sin tener pareja.

1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA

Ej. Recibiendo ayuda/terapia de pareja, la cual es útil.

2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA

Ej. Desesperadamente solo. Carece de confidentes.

9 = DESCONOCIDO

23. DINERO

¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS PARA ADMINISTRAR SU DINERO?

¿Tiene alguna dificultad para manejar su dinero? ¿Es capaz de pagar sus facturas?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD

Ej. Capaz de comprar cosas esenciales y pagar facturas.

1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA

Ej. Recibe ayuda para administrarse o manejar su dinero.

2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA

Ej. A menudo no tiene dinero para cosas básicas o recibos. Incapaz de administrarse.

9 = DESCONOCIDO

24. PRESTACIONES SOCIALES

¿ESTÁ LA PERSONA RECIBIENDO TODAS LAS PRESTACIONES A LAS QUE TIENE DERECHO?

¿Está seguro de que recibe todo el dinero al que tiene derecho?

0= SIN PROBLEMAS O NECESIDAD

Ej. Recibiendo todas las prestaciones que le corresponden.

1 = PROBLEMA O NECESIDAD CUBIERTA DEBIDO A LA AYUDA DADA

Ej. Recibe ayuda adecuada en la reclamación de prestaciones sociales.

2 = PROBLEMA GRAVE / NECESIDAD NO CUBIERTA

Ej. No está seguro o no recibe todas las prestaciones a las que tiene derecho.

9 = DESCONOCIDO

Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG)

[Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).]

100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS-S)

1. Período cubierto por la valoración (marcar el recuadro apropiado)

- Actual ☐
- Último mes ☐
- Último año ☐
- Otro período (especificar): _____

2. Áreas específicas de funcionamiento (marcar con un círculo la cifra apropiada):

A)		0	1	2	3	4	5
	Cuidado personal						
	Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc.	Ninguna discapacidad					Discapacidad máxima
		Funcionamiento con ayuda					
B)		0	1	2	3	4	5
	Funcionamiento ocupacional						
	Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc.	Ninguna discapacidad					Discapacidad máxima
		Funcionamiento con ayuda					
C)		0	1	2	3	4	5
	Funcionamiento familiar						
	Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos, y otros familiares. Al puntuar, prestar especial atención a lo que realiza el paciente en el contexto en el que vive.	Ninguna discapacidad					Discapacidad máxima
		Funcionamiento con ayuda					
D)		0	1	2	3	4	5
	Funcionamiento en el contexto social amplio						
	Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y en otras actividades sociales.	Ninguna discapacidad					Discapacidad máxima
		Funcionamiento con ayuda					

3. Duración total de la discapacidad (marcar el recuadro apropiado)

- Menos de un año ☐
- Un año o más ☐
- Desconocida ☐

4. Capacidades específicas

Algunos pacientes pueden tener una alta puntuación de discapacidad en una o más de las áreas arriba mencionadas y, sin embargo, pueden presentar habilidades específicas que son importantes para el manejo y el cuidado del funcionamiento del individuo en la comunidad o en la familia. Ejemplos de ello pueden ser: la habilidad para tocar un instrumento musical, la buena apariencia, la fuerza física, sentirse cómodo en reuniones sociales, etc.

Marcar aquí si existen habilidades específicas y describirlas:

3. Fuentes de información

Para esta evaluación, se tienen en cuenta las siguientes fuentes de información:

- La propia persona mayor objeto de la evaluación.
- Agentes facilitadores formales e informales (descritos en el “Protocolo de Contacto y Enganche”).

Anexo 3. Protocolo de Intervención.

1. Objetivo y características de la intervención.

Objetivo general: lograr un acercamiento a las personas mayores frágiles con claro riesgo de aislamiento social que permita conducir esas situaciones a la normalización, asignando los recursos sociales oportunos en cada caso o, en último extremo, apoyando el internamiento involuntario y/o la incapacitación legal.

De manera más específica, durante la intervención, el objetivo principal de intervención del SAP es el de normalizar la atención y conectar o “reconectar” a la persona con la red de atención socio-sanitaria normalizada, donde se podrá dar respuesta a aquellos problemas sociales o de salud que la persona presente. De esta manera, el SAP intenta poner en contacto a la persona mayor con los servicios sociales de su zona, con el centro de salud mental de su área o con los servicios sanitarios de atención primaria o especializada que la persona pudiera requerir para que puedan recibir la atención precisa en cada ocasión.

En estos casos, la labor del SAP se centra tanto en la detección de los problemas y el acompañamiento social y psicológico para el inicio y continuidad de los tratamientos e intervenciones necesarios en cada caso como en cambiar la actitud del mayor en aislamiento social consiguiendo que acepte recibir las ayudas que necesita y que ha estado rechazando hasta el momento.

Características generales de la intervención:

- Proporción baja de casos asignados para cada profesional (15:1).
- Trabajo en equipo interdisciplinar.
- Flexibilidad horaria en la atención.
- Acercamiento asertivo, con una actitud activa de búsqueda (“outreach”) y de evitación de abandonos y con intervenciones fundamentalmente en los domicilios y en la comunidad.
- Programación del trabajo centrada en la persona y sus particularidades y necesidades, es decir, planificación de intervenciones específicas para cada persona atendida, mediante la realización del Plan individual de atención

(PIA). El diseño de este Plan se basa en las necesidades detectadas en la persona, así como en la posibilidad de recibir diferentes ayudas y recursos. La intervención se diseña de forma individualizada para cada persona y situación y debe incluir todas las acciones y estrategias de intervención previstas situadas en un marco temporal acorde con las necesidades detectadas durante el proceso de evaluación. El Plan Individual de Atención se revisa y actualiza mensualmente.

- Se lleva a cabo un tratamiento completo, que abarca distintas áreas problemáticas de la persona:
 - Intervención en el área clínica (salud física).
 - Intervención en el área funcional: funcionamiento global y discapacidad.
 - Intervención en el área del funcionamiento psicológico y cognitivo.
 - Intervención en el área del funcionamiento social.
 - Intervención en el área de necesidades no cubiertas.
- Se cuenta con la colaboración de agentes facilitadores formales e informales que puedan facilitar el logro de los objetivos del PIA.

2. Agentes facilitadores implicados en el proceso de intervención.

Tal y como aparece en los Protocolos de Contacto y Enganche y en el de la Evaluación, el SAP cuenta con una serie de agentes facilitadores formales e informales que, durante todo el proceso de intervención, participan de la misma.

De forma específica, se propone la actuación con los vecinos como una estrategia más de intervención que facilite en cada caso el logro de los objetivos fijados para cada persona. Se persiguen los siguientes objetivos:

- Combatir el estigma, mediante la información y la participación activa de los vecinos en el proceso de intervención de la persona.
- Fomentar dicha participación activa proponiendo a los vecinos interesados que se conviertan en agentes facilitadores del programa transformándose en una fuente de apoyo y ayuda.

Las actuaciones que se llevarán a cabo con los vecinos son las siguientes:

- Detectar y ponerse en contacto con aquellos vecinos que:
 - Tengan voluntad de relación y colaboración.

- Estén comprometidas con la vida de los demás y con la vida en el barrio.
- Quieran aportar algo positivo, que dan importancia a los valores de la solidaridad, del respeto, la convivencia, la dignidad etc.
- Dispongan de tiempo libre, por escaso que sea. Especialmente para desarrollar tareas y acciones vinculadas al ámbito afectivo (hacer compañía, conversar, realizar alguna compra, etc.).
- Indicar a los vecinos las actuaciones que pueden realizar a la hora de servir de enlace entre la persona mayor aislada y el resto de recursos de atención a las personas mayores, desde el propio SAP hasta los servicios de emergencias, Servicios Sociales, etc. Algunas indicaciones que se dan a los vecinos, a modo de ejemplo, son las siguientes:
 - El “control” de las luces de la casa de la persona mayor como medida de aviso. Si éstas están demasiado tiempo apagadas puede significar algo, y viceversa, si están encendidas en momentos en que no acostumbran a estarlo también puede indicar alguna situación anómala.
 - Vigilar que la puerta de la casa de la persona mayor esté bien cerrada por la noche antes de acostarse.
 - Controlar que la persona mayor saca la basura con la asiduidad acostumbrada (sobre todo para porteros de la finca).
 - Estar atentos a otros pequeños detalles cotidianos (si la ropa pasa demasiado tiempo tendida en las cuerdas del tendedero, si el buzón de la persona mayor se va llenando de cartas y publicidad sin que ésta lo recoja, etc).
- Se propone a los vecinos que colaboren en el SAP con la participación en las siguientes actividades:
 - Apoyo en la realización de algunas pequeñas gestiones (realizar pequeñas compras como comprar el pan, bajar la basura a la calle, lectura del gas y la luz, ir a la farmacia a por medicamentos etc.).
 - Tener presente su estado de salud (preocuparse si no les han visto en muchos días, llamarles para preguntar etc.).
 - Hacerles compañía, compartir algunos momentos, etc.
 - Hacerles más partícipes de la vida en el barrio, recordarlos en fechas señaladas (cumpleaños, navidad, etc.).

De esta forma, los vecinos actúan como “vigilantes”, advirtiéndolo tanto al SAP como a los Servicios Sociales o los servicios de emergencia de cualquier novedad o alarma en el estado de la persona mayor en aislamiento social.

3. Intervención por áreas de valoración.

3.1. Intervención en el área clínica (salud física).

- Objetivo: Aceptación y enganche de la persona (o en algunos casos, mantenimiento) de los servicios de salud normalizados, tanto a nivel primario (salud primaria) como especializado (geriátrica, psiquiatría, etc).
- Técnicas: Se emplean diversas técnicas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, la intención paradójica, la explicación de la información y de su situación de salud en términos que la persona pueda entender, promover la adherencia a la medicación, etc., así como el propio acompañamiento a la consulta o la coordinación con alguien que pueda hacerlo. Por otro lado, la coordinación con los centros de salud puede ser informal (llamadas telefónicas, correo electrónico, etc.) o formal (redacción o petición de informes de valoración por parte del SAP para los profesionales sanitarios).
- Agentes implicados: Todos los agentes informales (familiares, amigos, vecinos...) y formales de la comunidad, pero sobre todo, los profesionales de salud (médico de atención primaria, enfermería, trabajo social, geriatría...)

3.2 Intervención en el área funcional: funcionamiento global y discapacidad.

- Objetivo: Aceptación y enganche de la persona de aquellos recursos que prestan ayudas en las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales (servicio de ayuda a domicilio, servicio de comida a domicilio, servicio de lavandería, etc). Habitualmente estos servicios son provistos por los Servicios Sociales, pero también pueden provenir de otras organizaciones tales como Cáritas, Cruz Roja, organizaciones de voluntarios, etc.
- Técnicas: Se emplean diversas técnicas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, la confrontación con la realidad, la solución de problemas y toma de decisiones, dar información sobre los diferentes recursos existentes, etc., así como la mediación

entre la persona mayor que demanda el servicio y los agentes proveedores del mismo (apoyo a la entrega de documentación, acompañamiento a los profesionales de ayuda a domicilio, u otro recurso aceptado, el primer día de entrada al domicilio, etc.)

- Agentes implicados: Todos los agentes informales y formales de la comunidad, pero sobre todo, los profesionales de servicios sociales y de aquellos recursos facilitados por ellos (profesionales de los Servicios Sociales municipales, del servicio de ayuda a domicilio, etc.).

3.3. Intervención en el área del funcionamiento psicológico y cognitivo.

- Objetivo: Aceptación y enganche de la persona (o en algunos casos, mantenimiento) de los servicios de salud normalizados, tanto a nivel primario (salud primaria) como especializado (especialmente neurología, geriatría y salud mental: psiquiatría/psicología).
- Técnicas: Se emplean diversas técnicas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, planificación de actividades, desarrollo de conductas gratificantes (máxime si implican contacto social), técnicas de desahogo emocional, técnicas de reducción de la activación fisiológica, técnicas de solución de problemas y toma de decisiones, la explicación de la información y de su situación de salud mental en términos que la persona pueda entender, promover la adherencia a la medicación, etc., así como el propio acompañamiento a la consulta o la coordinación con alguien que pueda hacerlo. Por otro lado, la coordinación con los centros de salud puede ser informal (llamadas telefónicas, correo electrónico, etc.) o formal (redacción o petición de informes de valoración por parte del SAP para los profesionales sanitarios).
- Agentes implicados: Todos los agentes informales y formales de la comunidad, pero sobre todo, los profesionales de salud (médico de atención primaria, enfermería, trabajo social, psiquiatría, psicología, neurología, geriatría...)

3.4. Intervención en el área del funcionamiento social.

- Objetivo: Crear, mejorar y/o mantener la red de apoyo social de la persona, tanto a nivel informal como a nivel formal de la siguiente manera:

- Favorecer el acercamiento de la persona a sus familiares y amigos.
- Conseguir el apoyo vecinal y, simultáneamente, desestigmatizar a la persona en aislamiento social en su comunidad.
- Lograr la aceptación de recursos de apoyo existentes en las redes de personas mayores tales como centros de mayores, asociaciones de voluntariado, etc.
- Favorecer la estabilidad de las redes sociales adquiridas, apoyando a la persona para que mantenga las relaciones y el contacto periódico con las personas nuevas que vaya conociendo.
- Fomentar las actividades de ocio, buscando y seleccionando actividades, informando sobre los trámites a realizar; acompañando a la actividad en un primer momento y siguiendo el desarrollo de la misma en el tiempo.
- Técnicas: Se emplean diversas técnicas, entre ellas, la reestructuración cognitiva, planificación de actividades de ocio, técnicas de reducción de la activación fisiológica, técnicas de solución de problemas y toma de decisiones, etc. Por otro lado, el SAP ejerce el papel de mediador entre la persona mayor que demanda el servicio o la actividad social y los agentes proveedores del mismo (apoyo a la entrega de documentación, etc.)
- Agentes implicados: Todos los agentes informales y formales de la comunidad (profesionales de los Servicios Sociales, distintas organizaciones de voluntariado, profesionales de los centros de mayores, etc.)

3.5. Intervención en el área de necesidades no cubiertas.

- Objetivo: Cubrir aquellas necesidades no cubiertas de la persona.
- Técnicas: Dado que el área de las necesidades no cubiertas es transversal a las cuatro áreas de valoración psicogerontológica, se emplean todas las técnicas mencionadas anteriormente.
- Agentes implicados: Todos los agentes informales y formales de la comunidad.

4. Niveles de intervención.

4.1. Nivel I. Intervención para la Normalización: “Grupo de normalización”

Incluye aquellos casos que son susceptibles de normalización. En estos casos se inicia la intervención con el objetivo de detener la situación de aislamiento de la persona

mediante la aceptación de recursos formales (los propios de la red sociosanitaria) e informales (apoyo de familiares, vecinos, etc.). Son casos en los que los posibles trastornos o problemas pueden ser abordados desde el propio SAP, con la ayuda de los servicios sociales y sanitarios.

4.2. Nivel II. Intervención para la Contención de la situación: “Grupo de contención o mantenimiento”

Incluye aquellos casos en los que ni la normalización ni la custodia son las vías de intervención adecuadas. En estos casos, se realiza una labor de contención y mantenimiento mediante contactos frecuentes con el propio usuario y su red de apoyo formal e informal con el objetivo de detectar lo más rápidamente posible cualquier cambio en su situación que favorezca una intervención, bien hacia la normalización, bien hacia la custodia.

4.3. Nivel III. Intervención para la Custodia (ingreso no voluntario en residencia o incapacitación): “Grupo de custodia”.

Incluye aquellos casos cuyo nivel de deterioro es irrecuperable. En estos casos, la intervención del SAP tras hacer la evaluación de la persona, consiste en elaborar un informe de valoración psicológica que se adjunta junto con el resto de documentación necesaria, a través de los Servicios Sociales, a la Fiscalía de Mayores. Con este informe técnico se pretende apoyar el inicio y/o agilización de los trámites para el ingreso no voluntario de la persona mayor en un centro residencial y, si así se estima, la incapacitación de la persona mayor, como medida de protección ante una situación clara de desprotección y de riesgo. En función de la evolución de la intervención y de las necesidades de la propia persona en aislamiento, el nivel de intervención con la persona puede cambiar a uno u otro.

4.4. Casos de verificación de no aislamiento

En ocasiones, una vez realizada la evaluación, habiendo obtenido información de diversas fuentes, y ya iniciado el proceso de intervención, el SAP verifica que la situación de la persona mayor no es realmente de aislamiento. En estos casos:

1. Respecto a los resultados de la evaluación, se envía al trabajador social de zona un informe de valoración completo (salud, funcionamiento psicológico y social,

funcionamiento global, discapacidad y necesidades) junto con un resumen de la intervención llevada a cabo.

2. Respecto a la intervención, se suspende la intervención, no sin antes asegurarse por parte del SAP de que la persona tiene apoyos o recursos de referencia que le atienden en su situación de fragilidad. El seguimiento de la intervención con esta persona lo realizará el centro de Servicios Sociales del distrito.

En la siguiente figura puede verse un esquema del proceso de actuación en el Protocolo de Intervención.

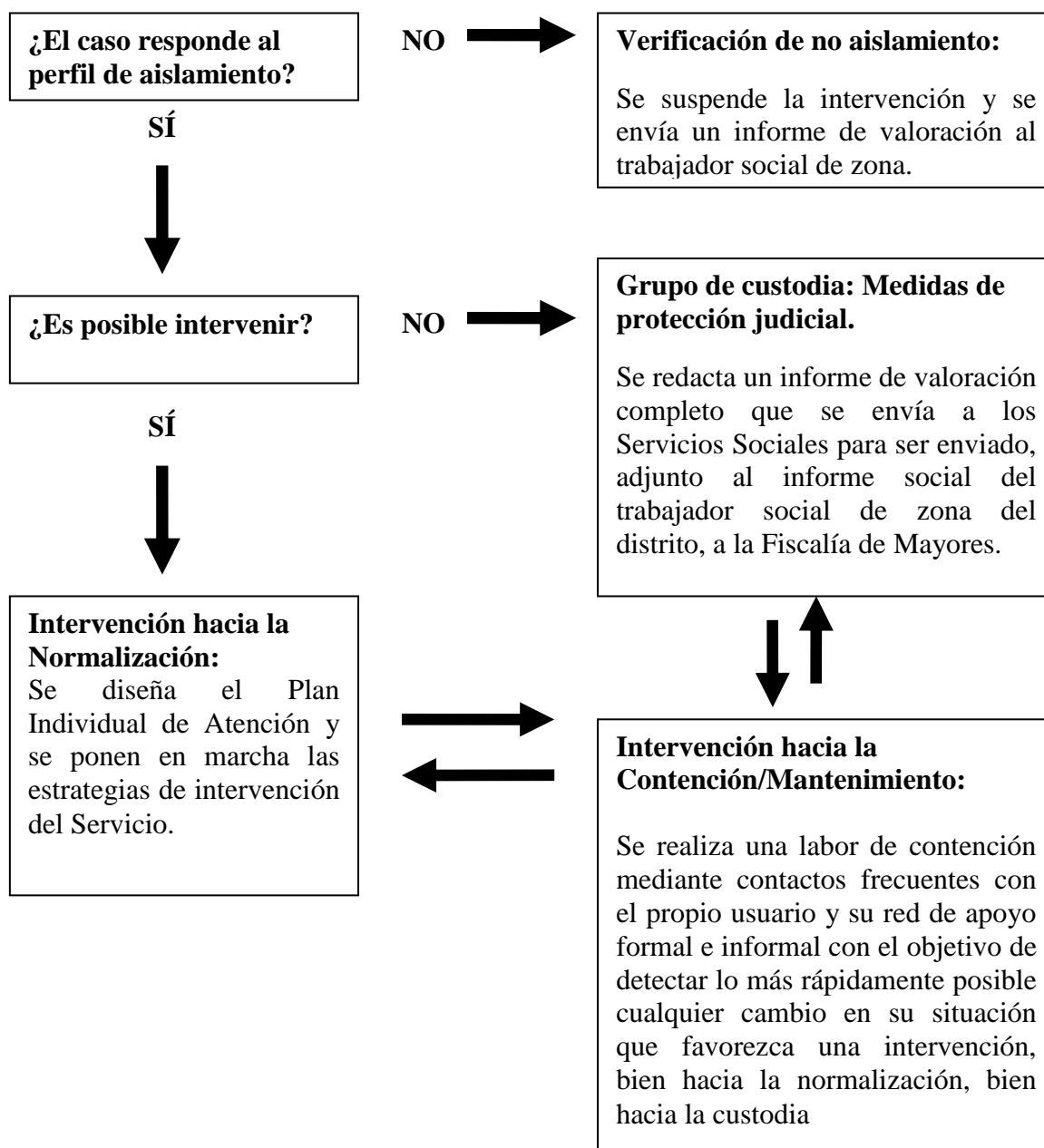


Figura. Esquema del proceso de actuación en el Protocolo de Intervención.

Anexo 4. Documentos de trabajo.

A continuación se presentan los siguientes documentos de trabajo:

- Ficha de derivación al SAP (a cumplimentar por los SS.SS.)
- Ficha de apertura de expediente.
- Ficha registro de contactos.
- Ficha registro del Plan individual de atención (PIA).
- Ficha registro resultados de la evaluación.
- Ficha de cierre.
- Ficha de seguimiento.



FICHA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE APOYO PSICOLÓGICO



AL MAYOR EN AISLAMIENTO SOCIAL

Datos del usuario:

Nombre usuario	Expediente nº	Distrito	
Edad	Fecha Nacimiento	Sexo	Estado Civil
Teléfono		Dirección	
Convivencia			

Datos del trabajador social:

Nombre y datos de contacto del trabajador social de zona (teléfono, email):

Fecha inicio expediente en servicios sociales:

¿Cómo llegó el caso a servicios sociales?:

Fecha derivación del caso al Servicio de Apoyo Psicológico:

La derivación siempre se hará a la Dirección General de Mayores:

Email para la derivación: vulnerabilidadm@madrid.es

Datos de contacto Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social

Tlf. 91 4801200 (lunes mañanas)

Email: sapsmayor@cop.es

La primera visita siempre se realizará con el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social acompañado del Trabajador Social de zona correspondiente.

Las personas derivadas deben estar en Zona, no en Primera Atención.

El caso debe estar revisado y actualizado con un margen de tiempo no superior a uno/dos meses.

La persona mayor en aislamiento social es aquella que cumple las siguientes características:

Mayor de 65 años

Vive solo o en convivencia con otras personas mayores de 65 años.

Tiene necesidades sociosanitarias no cubiertas, y

Tiene una red de apoyo social nula o escasa, y

Rechaza todas las ayudas ofrecidas, y

No está recibiendo en la actualidad ningún tipo de asistencia social pública o privada, y

Desde Servicios Sociales del distrito se han agotado todas las vías de intervención posibles.



FICHA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE APOYO PSICOLÓGICO



AL MAYOR EN AISLAMIENTO SOCIAL

Por favor, responda a las preguntas de las que disponga de información. Utilice todo el espacio que sea necesario. En el caso de contar con algún informe o información adicional que considera importante para el abordaje del caso, envíenoslo adjunto a esta ficha de derivación.

1. Breve descripción del caso
2. Auto-negligencia: ¿Tiene un aspecto descuidado o abandonado? Si(1) ☐ No(0) ☐
3. ¿Tiene seguimiento desde Salud? ¿Qué problemas de salud física presenta?
4. ¿Cuenta con red social y/o familiar de apoyo?

Situación familiar

Puntos SITUACIÓN FAMILIAR O CONVIVENCIAS

- 0 Vive con hijos
- 1 Vive con la pareja de similar edad
- 2 Vive con otros familiares / amigos / cuidadora
- 3 Vive solo, pero tiene hijos próximos
- 4 Vive solo, carece de hijos o vivían alejados
- (a) "Vive solo, tiene familia que no son hijos"
- (b) "Vive solo, carece de familia"

Relación con el entorno

Puntos RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES

- 0 Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
- 1 Sólo se relaciona con familia y vecinos, sale de casa
- 2 Sólo se relaciona con familia, sale de casa
- 3 No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1/semana)
- 4 No sale del domicilio o/ y no recibía visitas (o <1/semana)

Puntos APOYOS DE LA RED SOCIAL

- 0 No necesita ningún apoyo
- 1 Recibe apoyo de la familia y/o vecinos
- 2 Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria
- 3 Esta pendiente de ingreso en residencia de ancianos
- 4 Necesita cuidados permanentes que no son dados

Tipo de relación con el entorno: Agresiva(0) ☐ Indiferente(1) ☐ Cordial(2) ☐ De ayuda(3)

☐

¿Se encuentra con alguien a quien acudir si precisa ayuda? Sí ☐ No ☐



FICHA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE APOYO PSICOLÓGICO



AL MAYOR EN AISLAMIENTO SOCIAL

5. ¿Qué problemas de salud mental presenta (alcoholismo, trastorno delirante, depresión, etc.?)
6. ¿Presenta trastorno de conducta o del comportamiento? Si(1) ☐ No(0) ☐
(especificar)
7. ¿Presenta deterioro cognitivo (leve, moderado, grave)?
8. ¿Tiene procedimiento abierto en *Fiscalía de Mayores*? ¿Desde cuándo? ¿En qué momento se encuentra dicho proceso en la actualidad?
9. La persona ¿supone un riesgo para sí misma o para los demás?
10. ¿En qué condiciones se encuentra su vivienda?
Con basura(1) ☐ Sucia y descuidada(2) ☐ Aceptable(3) ☐ Buena(4) ☐
11. ¿Tiene procedimiento abierto en Salud Ambiental para retirada de basuras? ¿Desde cuándo? ¿En qué momento se encuentra dicho proceso en la actualidad?
12. ¿Es capaz de realizar las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales?
13. ¿Realiza alguna actividad social y/o de ocio constructiva (acude al centro de mayores, actividades organizadas, etc.?)
14. ¿Presenta problemas en su alimentación?
15. ¿Ha aceptado en algún momento algún recurso social?

Recurso aceptado	Tiempo en el que estuvo activo



FICHA DERIVACIÓN AL SERVICIO DE APOYO PSICOLÓGICO



AL MAYOR EN AISLAMIENTO SOCIAL

16. Documentación disponible del usuario:

- DNI
- Informe social
- Informe medico
- Datos de hacienda
- Pensión si la tiene (indicar importe)
- Empadronamiento

17. Agentes facilitadores:

Agentes Facilitadores Informales (Vecinos, portero, familiares, comerciantes)		
Nombre:	Relación con el usuario (vecino, etc.):	Datos de contacto (dirección, teléfono...):

Agentes Facilitadores Profesionales (Red Sociosanitaria: trabajadores sociales, enfermeros, médicos)		
Nombre:	Relación con el usuario:	Datos de contacto:

18. Resumen del proceso de intervención seguido con este caso y resultados:
(visitas domiciliarias, citas en SS.SS...)



FICHA DE APERTURA SERVICIO DE APOYO PSICOLÓGICO



Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social

NOMBRE Y APELLIDOS		Nº Historia	Procedencia:
Fecha revisión D.G:		Fecha revisión Distrito:	
Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad	Estado civil	Fecha nacim.
Dirección		Teléfono	
		Distrito	
Convivencia (sólo <input type="checkbox"/> , familiares <input type="checkbox"/> , otros <input type="checkbox"/> _____)			
Agentes Facilitadores Informales (Vecinos, portero, familiares, comerciantes)			
Nombre:	Relación con el usuario:	Datos de contacto (dirección, teléfono...):	
Agentes Facilitadores Profesionales (Red Sociosanitaria: trabajadores sociales, enfermeros, médicos)			
Nombre:	Relación con el usuario:	Datos de contacto:	
Observaciones (medicación, estado vivienda, necesidades percibidas, deterioro cognitivo, adicciones, actitud colaboradora...)			



FICHA DE CONTACTOS



Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social

Nº de Historia:				
Datos Contacto	Número	Hora	Tipo	Tiempo
Fecha:				
TIPO DE CONTACTO	Telefónico usuario Tlfñ vecinos/portero /comerciante Telefónico familiar Telefónico facilitador profesional Visita usuario en vivienda Visita vecinos/portero/comercian Visita familiar Visita facilitador prof. (incluye cura) Visita amigo	1 Otros 2 Telefónico amigo 3 Carta usuario 4 Telefónico administrador finca 5 E-mail facilitador informal 6 Cita con usuario/familiares en SS.SS. Distrito 7 Visita usuario calle 8 E-mail facilitador formal 9		10 11 12 13 14 15 16 17
Observaciones sobre el contacto				



PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN



Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social

Nº HISTORIA:			
OBJETIVOS	ACCIONES	AGENTES QUE LAS LLEVAN A CABO	REVISIÓN
1.	<ul style="list-style-type: none"> • • • • 	(Agentes formales y/o informales)	
2.	<ul style="list-style-type: none"> • • • • 	(Agentes formales y/o informales)	
3.	<ul style="list-style-type: none"> • • • • 	(Agentes formales y/o informales)	
4.	<ul style="list-style-type: none"> • • • • 	(Agentes formales y/o informales)	



FICHA DE EVALUACIÓN



Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social

NOMBRE Y APELLIDOS

Nº Historia

Distrito

Puntuación HoNOS65+					
Fecha valoración					
Escala 1. C. Agitada					
Escala 2. Autolesiones					
Escala 3. Alcohol					
Escala 4. Cognición					
Escala 5. Físico					
Escala 6. Aluc/del					
Escala 7. Depresión					
Escala 8. Otros probl					
Escala 9. Rel sociales					
Escala 10. AVD					
Escala 11. Condiciones vida					
Escala 12. Ocio/entorno					
Puntuación Total					
Puntuación EEAG					
Fecha valoración					
Puntuación (0-100)					
Puntuación WHO-DAS					
Fecha valoración					
A) Cuidado personal					
B) Funcionamiento ocupacional					
C) Funcionamiento familiar					
D) Funcionamiento en el contexto social amplio					
Puntuación CANE					
Fecha valoración					
1. Alojamiento					
2. Cuidado del hogar					
3. Alimentación					
4. Cuidado personal					
5. Cuidado de otra persona					
6. Actividades diarias					
7. Memoria					
8. Vista / oído					
9. Movilidad					
10. Continencia					
11. Salud física					
12. Medicación/drogas					
13. Síntomas psicóticos					
14. Angustia					
15. Información (enf y trat)					
16. Riesgo para sí mismo(autoagresión)					
17. Riesgo para sí mismo (accidentes)					
18. Seguridad (abuso / abandono)					
19. Conducta / riesgo para los demás					
20. Alcohol					
21. Compañía					
22. Relaciones de pareja					
23. Dinero					
24. Prestaciones sociales					
Total Necesidades No Cubiertas					



FICHA DE CIERRE



Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social

Nº de Historia:	
Fecha cierre:	
Motivo cierre:	
Observaciones	



CONTACTOS DE SEGUIMIENTO

*Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social*

Nº de Historia:				
Datos Contacto	Número	Hora	Tipo	Tiempo
Fecha:				
TIPO DE CONTACTO	Telefónico usuario Tlfñ vecinos/portero /comerciante Telefónico familiar Telefónico facilitador profesional Visita usuario en vivienda Visita vecinos/portero/comercian Visita familiar Visita facilitador prof. (incluye cura) Visita amigo	1 Otros 2 Telefónico amigo 3 Carta usuario 4 Telefónico administrador finca 5 E-mail facilitador informal 6 Cita con usuario/familiares en SS.SS. Distrito 7 Visita usuario calle 8 E-mail facilitador formal 9	10 11 12 13 14 15 16 17	
Observaciones sobre el contacto				

Anexo 5. Estudio de cuatro casos reales.

1. Dos casos cerrados por motivos de normalización.

Caso 1: L

A. Descripción del caso.

- L es una mujer de 84 años, viuda, que vive sola y que no tiene hijos.
- Derivada a SS.SS. por información de familiares, debido al mal estado de la vivienda y a su preocupación porque la mayor rechaza cualquier ayuda que le ofrecen.
- Los familiares la describen como una mujer que siempre ha sido “muy suya”, con un carácter desconfiado, y “descuidada” con respecto a la higiene y el orden en la casa.
- Problemas de salud con seguimiento médico: padece Parkinson y diabetes. Buena adherencia a la medicación, ella misma se mide el nivel de azúcar en sangre e inyecta la insulina. Acude de manera voluntaria a sus citas médicas en el centro de salud, sin presentar ningún problema en este sentido.
- Dificultades en las AVDB y AVDI, sobre todo en lo que se refiere a las tareas de la casa y su alimentación. La vivienda presenta problemas graves de higiene por gran acumulación de basuras en distintas estancias: cocina inutilizable por la acumulación y el abandono (grasa, polvo y suciedad de años de evolución); baño en muy malas condiciones higiénicas; varias bombonas de gas butano llenas y vacías en el pasillo y las habitaciones; una de las habitaciones inutilizada por la acumulación de enseres; comida en mal estado en el suelo y mesa del salón; insectos en toda la casa, etc).
- Escasa red de apoyo social: cuenta con el apoyo de la hija de su marido ya fallecido, que tiene también 84 años, y la hija de ésta, pero no les permite que le ayuden, de hecho no han vuelto a entrar en la casa desde que falleció el marido hace varios años. Además cuenta con un vecino de toda la vida, a quien acude si necesita algo y que es el único que tiene llaves de la casa.
- No acepta ningún recurso social.

B. Protocolo de Contacto y enganche.

- Primer contacto conjunto: visita a domicilio de trabajadora social de zona junto a las dos psicólogas del SAP. L está en casa y permite el acceso a la misma sin problemas una vez que las profesionales indican quiénes son y el objetivo de su visita. Muestra casi toda la vivienda, excepto una de las habitaciones, que tiene cerrada (posteriormente se descubre que en esta habitación es donde se acumula la mayor parte de los enseres y basuras que L tiene en su vivienda). Se muestra amable y accede a que se inicie la intervención del SAP.
- Estrategias de enganche:
 1. Contactos regulares y frecuentes tanto con L como con sus familiares: visitas al domicilio de L, llamadas telefónicas, contacto telefónico y personal con familiares, etc).
 2. Facilitar ayudas rápidas que la mayor demanda, tales como resolver dudas sobre el servicio de Teleasistencia, ayudar con el “papeleo” necesario para la solicitud de ayudas, etc.
 3. Visitas “sin prisa” para favorecer el desahogo emocional y la comunicación, facilitar la confianza y el sentimiento de ser escuchado, acompañamiento, etc.
 4. Habilidades de comunicación y entrevista: escucha activa, empatía y actitud positiva hacia la persona, progresión en la conversación de temas generales a cuestiones personales, etc.

C. Protocolo de Evaluación.

Se tuvieron en cuenta las siguientes fuentes de información: Servicios Sociales, servicios sanitarios, familiares, observación directa y entrevistas a la propia mayor en aislamiento social.

Se obtuvieron los siguientes resultados en la evaluación:

- Salud y Funcionamiento psicosocial HoNOS65+ Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (Burns et al., 1999).

Escala	Puntuación
Escala 1. Conducta Agitada	2
Escala 2. Autolesiones no accidentales	0
Escala 3. Consumo problemático alcohol /drogas	0
Escala 4. Problemas cognitivos	0
Escala 5. Problemas enfermedad física/discapacidad	3
Escala 6. Problemas por alucinaciones/delirios	0
Escala 7. Problemas síntomas depresivos	0
Escala 8. Otros problemas mentales/conductuales	0
Escala 9. Problemas relaciones sociales o de apoyo	3
Escala 10. Problemas Actividades Vida Diaria	3
Escala 11. Problemas con las condiciones vida	3
Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno cotidiano	2
HoNOS65+ total	16

- Necesidades socio-sanitarias CANE Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (Reynolds et al., 2000).

Área	Puntuación
Área 1. Alojamiento.	2
Área 2. Cuidado del hogar.	2
Área 3. Alimentación.	0
Área 4. Cuidado personal.	2
Área 5. Cuidado de otra persona.	0
Área 6. Actividades diarias.	0
Área 7. Memoria.	0
Área 8. Vista / oído.	2
Área 9. Movilidad.	1
Área 10. Continencia.	2
Área 11. Salud física.	1
Área 12. Medicación / drogas.	0
Área 13. Síntomas psicóticos.	0
Área 14. Angustia.	0
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento.	0
Área 16. Riesgo para sí mismo (autoagresión deliberada).	0

Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes).	2
Área 18. Seguridad (abuso / abandono).	0
Área 19. Conducta / riesgo para los demás.	2
Área 20. Alcohol.	0
Área 21. Compañía.	2
Área 22. Relaciones de pareja.	0
Área 23. Dinero.	0
Área 24. Prestaciones sociales.	0
Número de necesidades no cubiertas total	8

- Funcionamiento global EEFG Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (Asociación Americana de Psiquiátrica, 2002).

Puntuación EEFG = 60

- Discapacidad WHO-DAS Escala de Discapacidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Área	Puntuación
Área 1. Cuidado personal.	2
Área 2. Funcionamiento ocupacional.	4
Área 3. Funcionamiento familiar.	3
Área 4. Funcionamiento social (relación con los miembros de la comunidad y participación en actividades sociales)	2

D. Protocolo de Intervención

Tras los resultados de la evaluación, se decidió que para solucionar la situación de aislamiento de la mayor, la mejor estrategia a seguir era:

a. A corto /medio plazo:

- Consolidar la relación de confianza y enganche con las profesionales del SAP y de SS.SS.
- Resolver de manera urgente la problemática de la acumulación de basuras y enseres en el domicilio, para minimizar los riesgos asociados a ésta (caídas, incendios, plagas de insectos, etc), derivando el caso, mediante redacción de informe, al departamento de Salud Ambiental del Ayuntamiento de Madrid.

- Trabajar para la aceptación del desalojo de basuras y enseres de la vivienda, por parte de los servicios de Salud Ambiental.
- Fortalecer la red familiar de apoyo.

b. A largo plazo:

- Una vez hecha la limpieza de Salud Ambiental, conseguir la aceptación de recursos de apoyo tales como el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), para la mejor de las condiciones higiénicas de la vivienda y el seguimiento semanal en el domicilio de la situación de la mayor; y la Teleasistencia.
- Una vez aceptado el SAD, formar a la auxiliar de hogar en el tratamiento de los casos de aislamiento en general y en el de L en particular, y reforzar la relación de L con la auxiliar de hogar.
- Afianzar la relación con los familiares.
- Reforzar la idea de mejorar las instalaciones de la vivienda.

La intervención se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Limpiar la vivienda con extracción de basuras. Desde el Servicio de Aislamiento, en coordinación con SS.SS., se decide informar a Salud Ambiental para que valoren las condiciones de la vivienda. Finalmente, se realiza la limpieza del domicilio por orden judicial. Las profesionales de este Servicio, facilitan la entrada a la vivienda de los profesionales de Salud Ambiental y permanecen en la misma el día de la limpieza.
2. Después se consigue la aceptación y tramitación de SAD de choque, intensivo, para conseguir unas condiciones higiénicas adecuadas y hacer de la vivienda un lugar habitable. Posteriormente, L acepta el SAD ordinario.
3. Promover la aceptación del SAD para arreglo del hogar, aseo personal, acompañamiento, compra y ayuda con necesidades sanitarias. Una vez realizada la extracción de basuras por parte de Salud Ambiental, se consigue la aceptación y tramitación de SAD de choque, intensivo, para conseguir unas condiciones higiénicas adecuadas y hacer de la vivienda un lugar habitable. Posteriormente, se trabaja para que L vea los beneficios de mantener buenas condiciones higiénicas en la vivienda, lo que da como resultado la aceptación de SAD regular.

4. Promover la implicación de los familiares en el proceso de intervención con L y darles apoyo. Tanto desde SS.SS. como desde el SAP se informa a la familia de los pasos que se van dando; se refuerzan y valoran las acciones que éstos dan en bien de la mayor; y se resuelven posibles dudas o temores que les surgen durante el proceso de intervención.
5. Instalación y coordinación con Teleasistencia. Resolver las dudas que le surgen a L respecto a este recurso; ayudar a solucionar incidencias; y potenciar el seguimiento llevado a cabo desde este recurso.
6. Trabajar el área social de la mayor. Favorecer la recuperación de las habilidades relacionadas con la interacción social.
7. Coordinación con SS.SS. Informar de la intervención a través de mails, llamadas telefónicas y visitas conjuntas a L. En este caso, se acompañó a la mayor a SS.SS. para firmar la solicitud de SAD con el objetivo de facilitarle las cuestiones burocráticas y de “papeleo” asociadas a la solicitud de recursos sociales.

Finalmente, la intervención se da por concluida por motivos de normalización, consiguiéndose la permanencia de la mayor en su domicilio con apoyos, con un total de 10 meses de intervención y 27 contactos.

Caso 2: M

A. Descripción del caso:

- M es una mujer de 76 años, soltera, sin hijos, que vive sola.
- Derivada a SS.SS. por información de una sobrina, por el mal estado de la vivienda y de salud de la mayor.
- Sin red de apoyo social. Tiene una hermana, cuñada y sobrinas con las que apenas mantiene relación. Sin amigos ni relaciones de apoyo significativas. Su mayor apoyo era un hermano que falleció hace unos años.
- No tiene teléfono y vive en un cuarto sin ascensor, lo que dificulta que sus familiares, algunos de ellos también mayores, puedan comunicarse con ella o ir a visitarla.
- Algunos problemas de salud con seguimiento médico irregular, siendo el más grave la pérdida paulatina de visión, consecuencia de un ictus sufrido hace unos años.
- Con problemas de salud mental de tipo delirante no detectados desde los servicios de salud. Estos problemas están afectando gravemente la convivencia con sus vecinos, puesto que éstos son el tema central de su ideación delirante. Los vecinos han recibido amenazas y conductas agresivas de M hacia ellos, por lo que consideran que se trata de una persona peligrosa y que es mala por naturaleza. M tiene la convicción de que sus vecinos están intentando hacerle daño, por lo que da golpes y gritos a altas horas de la noche amenazándoles y pidiendo que la dejen en paz; ha arrojado fuertes disolventes y lejías en la puerta de una vecina ante el temor de que la estuvieran envenenando, provocando problemas respiratorios en la vecina; etc.
- Vive en una infravivienda del centro de Madrid en alquiler de renta antigua, sin ducha, ni calefacción, sin facilidades para cocinar ni lavadora, con graves problemas de grietas y humedades, etc. Problemas moderados de higiene en la vivienda.
- Dificultades leves en las AVDB y AVDI, sobre todo por la incipiente ceguera que está incapacitándola poco a poco.
- No acepta ningún recurso social.

B. Protocolo de Contacto y enganche

- Primera visita conjunta a la vivienda de M con la trabajadora social de zona y las dos psicólogas del SAP. Está en casa, nos permite el acceso y nos muestra su vivienda.
- Estrategias de enganche:
 1. Contactos regulares y frecuentes de distinto tipo: visitas al domicilio de la mayor, notas en el buzón si no se encontraba en casa puesto que al no tener teléfono no había forma de avisarle de nuestras visitas de una manera ágil, entrevistas con familiares y vecinos, etc.
 2. Facilitar ayudas rápidas que la mayor demandaba, por ejemplo, se le ayudó a renovar el abono de transporte para personas mayores, se prestó ayuda en pequeñas cuestiones domésticas como lectura de cartas, explicación de facturas, ayuda en reclamaciones, establecimiento de un sistema para recordar las citas del médico con un calendario, etc.
 3. Visitas “sin prisa” para favorecer el desahogo emocional, facilitar la confianza y el sentimiento de ser importante, acompañamiento, etc.
 4. Habilidades de comunicación y entrevista: escucha activa, empatía y actitud positiva hacia la persona, progresión en la conversación de temas generales a cuestiones personales, etc.

C. Protocolo de Evaluación.

Se tuvieron en cuenta las siguientes fuentes de información: Servicios Sociales, servicios sanitarios, familiares, vecinos, observación directa y entrevistas a la propia mayor en aislamiento social.

Se obtuvieron los siguientes resultados en la evaluación:

- Salud y Funcionamiento psicosocial HoNOS65+ Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (Burns et al., 1999).

Escala	Puntuación
Escala 1. Conducta Agitada	2
Escala 2. Autolesiones no accidentales	0
Escala 3. Consumo problemático alcohol /drogas	0
Escala 4. Problemas cognitivos	2
Escala 5. Problemas enfermedad física/discapacidad	3
Escala 6. Problemas por alucinaciones/delirios	3
Escala 7. Problemas síntomas depresivos	1
Escala 8. Otros problemas mentales/conductuales	0
Escala 9. Problemas relaciones sociales o de apoyo	3
Escala 10. Problemas Actividades Vida Diaria	1
Escala 11. Problemas con las condiciones vida	3
Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno cotidiano	3
HoNOS65+ total	21

- Necesidades socio-sanitarias CANE Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (Reynolds et al., 2000).

Área	Puntuación
Área 1. Alojamiento.	2
Área 2. Cuidado del hogar.	2
Área 3. Alimentación.	0
Área 4. Cuidado personal.	0
Área 5. Cuidado de otra persona.	0
Área 6. Actividades diarias.	2
Área 7. Memoria.	2
Área 8. Vista / oído.	1
Área 9. Movilidad.	0
Área 10. Continencia.	0
Área 11. Salud física.	1
Área 12. Medicación / drogas.	2
Área 13. Síntomas psicóticos.	2
Área 14. Angustia.	2
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento.	1
Área 16. Riesgo para sí mismo (autoagresión deliberada).	0

Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes).	2
Área 18. Seguridad (abuso / abandono).	2
Área 19. Conducta / riesgo para los demás.	2
Área 20. Alcohol.	0
Área 21. Compañía.	2
Área 22. Relaciones de pareja.	0
Área 23. Dinero.	0
Área 24. Prestaciones sociales.	0
Número de necesidades no cubiertas total	11

- Funcionamiento global EEFG Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (Asociación Americana de Psiquiátrica, 2002).

Puntuación EEFG = 60

- Discapacidad WHO-DAS Escala de Discapacidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Área	Puntuación
Área 1. Cuidado personal.	2
Área 2. Funcionamiento ocupacional.	2
Área 3. Funcionamiento familiar.	2
Área 4. Funcionamiento social (relación con los miembros de la comunidad y participación en actividades sociales)	3

D. Protocolo de Intervención.

Tras los resultados de la evaluación, se decidió que para solucionar la situación de aislamiento de la mayor, la mejor estrategia a seguir era:

a. A corto /medio plazo:

- Consolidar la relación de confianza y enganche con las profesionales del SAP y de SS.SS.
- Mejorar, en la medida de lo posible, la calidad de vida y la atención social de la mayor en su domicilio, mediante la instalación de un teléfono y la aceptación de recursos como Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, entre otros.

- Informar a su doctora de atención primaria de la situación de salud mental y conseguir que acuda a tratamiento en la red sanitaria de Salud Mental.
- Mejorar las relaciones interpersonales de M, facilitando la comunicación con sus familiares.
- Trabajar con los vecinos para desestigmatizar a M en su comunidad, cambiar la visión que tienen de ella y mejorar el trato de ésta con sus vecinos y viceversa.

b. A largo plazo:

- Ingreso voluntario en residencia, dadas las pésimas condiciones de la vivienda, las dificultades de acceso a la misma (sin ascensor) y el empeoramiento del estado físico de M, sobre todo por pérdida de visión.

La intervención se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Instalar línea telefónica en la vivienda. El SAP ayuda a M a rellenar la solicitud de instalación de línea y proporciona a M un terminal adaptado para personas con problemas de visión a la mayor. Además, las profesionales del SAP acompañan y apoyan a la mayor el día de la instalación por parte de la compañía telefónica, ayudando a solucionar los distintos problemas que surgen.
2. Instalación de Teleasistencia. Tras la instalación de teléfono se da de alta la TAD, gestionando el día de instalación a través del SAP para que las profesionales de este Servicio puedan estar presentes el día de la instalación.
3. Promover aceptación del Servicio de Ayuda a Domicilio para arreglo del hogar, aseo personal, acompañamiento, compra y control de citas médicas y toma de medicación. Se inicia el servicio dos días a la semana dos horas, pero dada la aceptación por parte de la mayor, se amplía a cuatro días a la semana dos horas. El SAP acompaña a la auxiliar de hogar el primer día de alta del servicio, dándole instrucciones sobre el abordaje de la situación de M, y manteniendo frecuentes contactos de coordinación con ella a lo largo del proceso de intervención.
4. Conseguir que la mayor acudiera a Salud Mental. El SAP informa a la doctora de atención primaria del trastorno delirante encontrado en la mayor para intentar

interconsulta con Salud Mental. Tras varios intentos, la mayor accede a ir a psiquiatría, consiguiéndose que acuda de manera regular a sus citas.

5. Fomentar la adherencia a la medicación para sus problemas de salud mental. Se emplean técnicas psicológicas tales como la reestructuración cognitiva, para prevenir el abandono de la medicación tras la aparición de efectos secundarios, y otras técnicas de recuerdo y control de la medicación.
6. Fortalecer la red de apoyo tanto con la familia de Madrid como con la de fuera. Tras la instalación del teléfono, este objetivo se facilitó. En cada visita del SAP y si M lo demanda, se anima y se ayuda a marcar el teléfono de algún familiar.
7. Desestigmatizar a la mayor en la comunidad de vecinos. El SAP entrevista a algunos vecinos para reestructurar pensamientos del tipo “es mala persona”, “es peligrosa”, “quiere hacernos daño”. Se les explica la verdadera situación de M y ante esto, la vecindad decide ayudar en su proceso de intervención, mostrando una actitud más colaboradora y de ayuda con la mayor y convirtiéndose en agentes facilitadores informales para el SAP, informando del comportamiento de la mayor entre visita y visita de las psicólogas.
8. Aceptación voluntaria de recurso residencial. En un primer momento, se intenta que el dueño de la vivienda donde reside M realice las mejoras necesarias para que la casa sea habitable. Este objetivo resulta imposible de cumplir puesto que es un administrador quien realiza los cobros del alquiler y se niega a dar los datos del dueño ni a ponerse en contacto con éste para facilitar estas reformas. M decide no poner ninguna denuncia ni intentar solucionar la situación de su vivienda por la vía legal. Se comienza entonces a trabajar la aceptación de un recurso residencial, aceptación que se ve precipitada por un ingreso hospitalario de M tras sufrir un desvanecimiento con caída en el domicilio. Dada la necesidad de concesión urgente de plaza residencial, el SAP, en coordinación con el Hospital y los SS.SS. redacta un informe de valoración para concesión de plaza en residencia pública.

Finalmente, la intervención se da por concluida por motivos de normalización, consiguiéndose la aceptación voluntaria de recurso residencial, con un total de 21 meses de intervención y 127 contactos.

2. Dos casos cerrados por motivos de custodia.

Caso 3: C

A. Descripción del caso.

- Mujer de 69 años, soltera, sin hijos, que vive sola.
- Derivada a SS.SS. a petición de su hermana. Son los vecinos quienes avisan a la hermana de la situación.
- La vivienda desprende muy malos olores y salen insectos de ella. Sospecha de acumulación de basuras y enseres en la misma, sin que hasta el momento de derivación al SAP se haya podido entrar en la vivienda para confirmarlo. Una vez que se consigue el acceso se confirma el gravísimo problema de acumulación en la vivienda, con más de medio metro de basura en el suelo.
- Arroja basuras y sus propios excrementos por la ventana, siendo éste uno de los principales motivos de discusión con los vecinos, con quienes la situación es muy tensa. Ella niega esto en todo momento.
- Sin red de apoyo social: tiene una hermana que es monja de clausura y que no puede hacerse cargo de la situación y un hermano con el que no mantiene relación. Sin amigos ni relaciones de apoyo significativas.
- No tiene teléfono, lo que dificulta la comunicación con ella.
- Algunos problemas de salud con seguimiento médico irregular. No se detectan problemas de salud mental ni deterioro cognitivo.
- Con procedimiento abierto en Fiscalía de Mayores en el momento de la derivación al SAP. Desde los SS.SS informan a Fiscalía de Mayores de la situación de la mayor, se cita a la mayor y se valora su estado mental en los juzgados. Tras dicha valoración observan que la mayor no presenta deterioro cognitivo. La jueza incluye en su sentencia que debe ser activado el Servicio de Ayuda a Domicilio (3 días a la semana, 2 horas cada día). Esta sentencia es ignorada por C, quien no permite en ningún momento la entrada al domicilio de la auxiliar de hogar.
- Con procedimiento abierto en Salud Ambiental en el momento de la derivación al SAP. La mayor tampoco permite la entrada a su domicilio a los inspectores de Salud Ambiental, por lo que desde este departamento se informa a la Fiscalía de Mayores para conseguir entrar a la vivienda mediante orden judicial.

- Se desconoce si está comiendo de manera adecuada, lo único que se sabe es que sale a diario a distintos bares de la zona. Se sospecha que únicamente come lo que consume en ellos.
- No acepta ningún recurso social.

B. Protocolo de Contacto y enganche.

- Primera visita a la vivienda de C conjuntamente con la trabajadora social de zona y las dos psicólogas del SAP. No abre la puerta y se desconoce si se encuentra en el domicilio. Hay una nota en la puerta que dice “Estoy de médicos”, pero parece que es una nota que tiene puesta habitualmente.
- Al no poder encontrar a la mayor, se mantiene entrevista con unos vecinos, quienes aportan la siguiente información: escriben la situación de suciedad de la mayor y su vivienda y relatan episodios antiguos en los que la mayor arrojaba excrementos en bolsas de basura por la ventana. Algunos sospechan que consume alcohol habitualmente, aunque nunca la han visto en estado de embriaguez. Es sólo una sospecha porque pasa mucho tiempo del día en los bares de la zona. Informan de que la mayor habla en ocasiones con la farmacéutica del barrio.
- El SAP acude a la farmacia y allí se obtiene la siguiente información: C rechaza el apoyo de su hermana; presenta déficit en su autocuidado, desprendiendo habitualmente olor a orines. Respecto al posible consumo de alcohol, la farmacéutica nunca la ha visto ebria, pero confirma que pasa gran parte del día en uno de los bares de la zona.
- El SAP acude al bar mencionado tanto por los vecinos como por la farmacéutica, obteniendo la siguiente información: C acude a diario a las 18 h y a las 23 h, pero no consume alcohol en exceso. Confirman la falta de higiene y los malos olores que desprende.
- Tanto en esta primera visita como en las siguientes, se hace una búsqueda activa de la mayor por el barrio, en base a la descripción física que hacen de ella las personas que la conocen. Se repite esta búsqueda en su casa, en el bar y en la calle en distintos días y horarios, sin que el SAP localice a la mayor.

- Las psicólogas del SAP dejan notas en la casa y buzón de la mayor explicando quiénes son y pidiendo que C contacte con el Servicio para poder explicarle la sentencia judicial
- Finalmente, en uno de estos intentos, se localiza a la mayor en su portal y se consigue llevar a cabo la presentación de las profesionales del SAP, así como explicarle el motivo de las visitas y el contenido de la sentencia judicial. A pesar de que se le informa de la necesidad de que acepte el Servicio de Ayuda a Domicilio y del riesgo de una nueva citación judicial en caso de que se siga negando, con la posibilidad de un ingreso no voluntario en residencia, ella insiste en que son los vecinos quienes tienen la culpa de lo que le pasa porque le hacen “la vida imposible” y le ponen denuncias. El SAP sale con ella a la calle y van al bar donde ella suele ir donde permanecen con la mayor y confirman que, al menos en ese momento, no consume alcohol. Tras esta intervención, C acepta anotar el teléfono del SAP y se acuerda venir a visitarla otro día. Se le ofrecen distintas ayudas como acompañamiento al médico, entre otras.
- Estrategias de enganche:
 1. Contactos regulares y frecuentes de distinto tipo: visitas a la mayor en el domicilio, portal, calle, bar; notas en el buzón y en su domicilio; entrevista con vecinos y comerciantes de la zona, etc.
 2. Visitas “sin prisa” para facilitar la confianza e ir abordando el tema de la sentencia judicial.
 3. Habilidades de comunicación y entrevista: escucha activa, empatía y actitud positiva hacia la persona, progresión en la conversación de temas generales a cuestiones personales, etc.

C. Protocolo de Evaluación.

Se tuvieron en cuenta las siguientes fuentes de información: Servicios Sociales, servicios sanitarios, vecinos, comerciantes de la zona, observación directa y entrevistas a la propia mayor en aislamiento social.

Se obtuvieron los siguientes resultados en la evaluación:

- Salud y Funcionamiento psicosocial HoNOS65+ Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (Burns et al., 1999).

Escala	Puntuación
Escala 1. Conducta Agitada	4
Escala 2. Autolesiones no accidentales	0
Escala 3. Consumo problemático alcohol /drogas	0
Escala 4. Problemas cognitivos	3
Escala 5. Problemas enfermedad física/discapacidad	2
Escala 6. Problemas por alucinaciones/delirios	0
Escala 7. Problemas síntomas depresivos	0
Escala 8. Otros problemas mentales/conductuales	0
Escala 9. Problemas relaciones sociales o de apoyo	4
Escala 10. Problemas Actividades Vida Diaria	4
Escala 11. Problemas con las condiciones vida	4
Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno cotidiano	4
HoNOS65+ total	25

- Necesidades socio-sanitarias CANE Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (Reynolds et al., 2000).

Área	Puntuación
Área 1. Alojamiento.	2
Área 2. Cuidado del hogar.	2
Área 3. Alimentación.	2
Área 4. Cuidado personal.	2
Área 5. Cuidado de otra persona.	0
Área 6. Actividades diarias.	2
Área 7. Memoria.	2
Área 8. Vista / oído.	0

Área 9. Movilidad.	0
Área 10. Continencia.	2
Área 11. Salud física.	0
Área 12. Medicación / drogas.	0
Área 13. Síntomas psicóticos.	0
Área 14. Angustia.	0
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento.	2
Área 16. Riesgo para sí mismo (autoagresión deliberada).	0
Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes).	2
Área 18. Seguridad (abuso / abandono).	1
Área 19. Conducta / riesgo para los demás.	2
Área 20. Alcohol.	0
Área 21. Compañía.	2
Área 22. Relaciones de pareja.	0
Área 23. Dinero.	2
Área 24. Prestaciones sociales.	0
Número de necesidades no cubiertas total	12

- Funcionamiento global EEFG Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (Asociación Americana de Psiquiátrica, 2002).

Puntuación EEFG = 15

- Discapacidad WHO-DAS Escala de Discapacidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Área	Puntuación
Área 1. Cuidado personal.	4
Área 2. Funcionamiento ocupacional.	5
Área 3. Funcionamiento familiar.	4
Área 4. Funcionamiento social (relación con los miembros de la comunidad y participación en actividades sociales)	4

D. Protocolo de Intervención.

Tras los resultados de la evaluación, se decidió que para solucionar la situación de aislamiento de la mayor, la mejor estrategia a seguir era:

- a. A corto plazo, acceder al domicilio para verificar el estado higiénico del mismo y promover la aceptación de la mayor del SAD. En todo momento se explica el riesgo de no acatar la sentencia judicial.
- b. A medio plazo, si no se consigue la aceptación del SAD, informar a la Fiscalía de Mayores del incumplimiento de la sentencia judicial por el rechazo de la mayor a abrir la puerta a la auxiliar y para nueva valoración de ingreso no voluntario en residencia.

La intervención se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Promover aceptación del SAD para arreglo del hogar, aseo personal, acompañamiento, compra y control de citas médicas y toma medicación. La mayor ignoró la sentencia judicial de aceptación del SAD, rechazando este Servicio y negando su necesidad en todo momento.
2. Se decide redactar informe de valoración para la Fiscalía de Mayores, sugiriendo la conveniencia de una valoración de la mayor por parte de la comisión judicial en su domicilio. Una vez que se conoce la fecha y la hora en que la comisión judicial se desplazará a su domicilio, el SAP acude a su domicilio para comunicárselo. Al no estar en casa, se deja una nota con el día de la visita y la hora. Dado el enganche y la relación de confianza que se ha conseguido con la mayor, se decide que las profesionales del SAP estén presentes durante la visita de la comisión judicial.
3. Acompañamiento de la mayor durante la visita de la comisión judicial y apoyo al proceso de valoración. C está esperando en el portal a la hora indicada en la nota. Dice estar preocupada por la visita de la jueza y reconoce por primera vez la existencia de suciedad en su vivienda. Una vez que llega la comisión judicial, se trabaja con C para que permita el acceso a su domicilio. Una vez allí, puede confirmarse los gravísimos niveles de acumulación, falta de higiene e insectos presentes en la vivienda. La comisión judicial se va y C queda a la espera de la nueva resolución.

4. Facilitar el ingreso no voluntario de la mayor. Finalmente, se ordena ingreso no voluntario en residencia. De nuevo las profesionales del SAP dejan una nota con el día y la hora en que irán a su domicilio los profesionales de la sección de ingresos no voluntarios del SAMUR SOCIAL para comunicarle la resolución judicial. Se decide que el SAP acompañará a C en el momento del ingreso para proporcionarle apoyo, al haberse conseguido una buena relación con ella y al prever que el traslado en ambulancia psiquiátrica hacia la residencia, así como su ingreso en la misma, pueden resultar difíciles para C. Se realiza un trabajo de contención de la ansiedad de C y de preparación para el ingreso no voluntario. Una vez en la residencia, se mantiene entrevista con la psicóloga de la misma para informarle de los detalles del caso de C y proporcionar información para que su adaptación a la residencia sea lo más fácil posible.
5. En los meses posteriores, la mayor se adapta bien a la residencia y desde Salud Ambiental proceden a la retirada de basuras de su vivienda.

Finalmente, la intervención se da por concluida por motivos de custodia, tras ingreso no voluntario en residencia, con un total de 12 meses de intervención y 46 contactos.

Caso 4: T

A. Descripción del caso.

- Mujer de 85 años, soltera, sin hijos, que vive sola.
- Derivada a SS.SS. desde el centro de salud por un progresivo deterioro en su estado cognitivo y un seguimiento médico irregular. Se sospecha que puede ser una consecuencia de un problema de tiroides, pero ante la dificultad para que T acuda a hacerse análisis y a sus citas médicas, se informa a los Servicios Sociales. No detectan ningún trastorno mental.
- Estos problemas de memoria de aparición reciente hacen que no siga correctamente las pautas médicas respecto de la medicación.
- Sin red de apoyo social. Sólo tiene una hermana con la que no mantiene relación desde hace años. No tiene amigos ni relaciones de apoyo significativas.
- No tiene teléfono, lo que dificulta la comunicación con ella.
- Vive de alquiler en una infravivienda que se compone de tres puertas independientes (dormitorio, baño únicamente con inodoro y cocina). Estas tres puertas dan al pasillo de la comunidad, por lo que más que una casa, T tiene tres habitaciones de acceso independiente unas de otras. No tiene ducha, ni calefacción, pobres facilidades para cocinar, sin frigorífico, sin lavadora, etc. Es un cuarto sin ascensor. No se detectan problemas de higiene en la vivienda.
- Dificultades leves en las AVDB y AVDI, sobre todo en lo que se refiere a la compra y preparación de alimentos.
- No acepta ningún recurso social.

B. Protocolo de Contacto y enganche.

- Se realiza la primera visita conjunta a la vivienda con el trabajador social de zona y las dos psicólogas del SAP. T no está en casa. Es fácil saber si está o no porque tiene puesto un candado por fuera en cada una de las cerraduras de sus tres puertas.
- Se decide acudir a su centro de salud para recabar más información, dado que es la fuente de derivación. Estando el centro de salud, casualmente T pasa por la calle y la trabajadora social del centro, que la conoce, indica quién es. La abordamos y accede a acercarse al centro de salud para conocerla.

- Una vez en el centro de salud y ante la actitud colaboradora de T, es posible administrarle un Mini-mental en uno de los despachos del centro, obteniendo una puntuación de 16/30, lo que indica la posible existencia de un deterioro cognitivo moderado. Se confirma de esta manera el deterioro cognitivo, aunque no pueden establecerse las causas.
- Se establece contacto con otros agentes facilitadores, entre ellos la farmacéutica del barrio y un bar de la zona donde la mayor acude a comer casi a diario.
- Estrategias de enganche:
 1. Contactos regulares y frecuentes de distintos tipos: visitas a la mayor en el domicilio y en la calle, acompañamiento al centro de salud, coordinación con los profesionales del centro de salud, contacto con la hermana, etc.
 2. Visitas “sin prisa”, para facilitar la confianza, el desahogo y el enganche con T. y para que T pueda recordar a las psicólogas de una visita para otra.
 3. Facilitar el recuerdo de las psicólogas del SAP. Ante la dificultad en la intervención, puesto que T no recuerda a las psicólogas de una visita a la siguiente, éstas se hacen una foto con ella y se la regalan, consiguiendo que, aunque T no se acuerde de sus caras, al menos sí sabe que son personas conocidas puesto que tiene una foto con ella. Además, para facilitar esta sensación en T de que conoce a las psicólogas de una visita para la otra y las sienta como profesionales cercanos, se recuerda cada detalle de las conversaciones anteriores y se comentan con T en las visitas.
 4. Habilidades de comunicación y entrevista: escucha activa, empatía y actitud positiva hacia la persona, progresión en la conversación de temas generales a cuestiones personales, etc.

C. Protocolo de Evaluación.

Se tuvieron en cuenta las siguientes fuentes de información: Servicios Sociales, servicios sanitarios, hermana, vecinos, comerciantes de la zona (farmacia y bar donde come la mayor), observación directa y entrevistas a la propia mayor en aislamiento social.

Se obtuvieron los siguientes resultados en la evaluación:

- Salud y Funcionamiento psicosocial HoNOS65+ Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (Burns et al., 1999).

Escala	Puntuación
Escala 1. Conducta Agitada	2
Escala 2. Autolesiones no accidentales	0
Escala 3. Consumo problemático alcohol /drogas	0
Escala 4. Problemas cognitivos	4
Escala 5. Problemas enfermedad física/discapacidad	3
Escala 6. Problemas por alucinaciones/delirios	2
Escala 7. Problemas síntomas depresivos	0
Escala 8. Otros problemas mentales/conductuales	0
Escala 9. Problemas relaciones sociales o de apoyo	4
Escala 10. Problemas Actividades Vida Diaria	3
Escala 11. Problemas con las condiciones vida	3
Escala 12. Problemas con trabajo/ actividades de ocio y calidad del entorno cotidiano	3
HoNOS65+ total	24

- Necesidades socio-sanitarias CANE Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell (Reynolds et al., 2000).

Área	Puntuación
Área 1. Alojamiento.	2
Área 2. Cuidado del hogar.	2
Área 3. Alimentación.	1
Área 4. Cuidado personal.	1
Área 5. Cuidado de otra persona.	0
Área 6. Actividades diarias.	2
Área 7. Memoria.	2

Área 8. Vista / oído.	0
Área 9. Movilidad.	0
Área 10. Continencia.	0
Área 11. Salud física.	2
Área 12. Medicación / drogas.	2
Área 13. Síntomas psicóticos.	0
Área 14. Angustia.	0
Área 15. Información sobre su enfermedad y tratamiento.	0
Área 16. Riesgo para sí mismo (autoagresión deliberada).	0
Área 17. Riesgo para sí mismo (accidentes).	2
Área 18. Seguridad (abuso / abandono).	2
Área 19. Conducta / riesgo para los demás.	0
Área 20. Alcohol.	0
Área 21. Compañía.	2
Área 22. Relaciones de pareja.	0
Área 23. Dinero.	2
Área 24. Prestaciones sociales.	0
Número de necesidades no cubiertas total	10

- Funcionamiento global EEFG Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (Asociación Americana de Psiquiátrica, 2002).

Puntuación EEFG = 40

- Discapacidad WHO-DAS Escala de Discapacidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Área	Puntuación
Área 1. Cuidado personal.	2
Área 2. Funcionamiento ocupacional.	2
Área 3. Funcionamiento familiar.	5
Área 4. Funcionamiento social (relación con los miembros de la comunidad y participación en actividades sociales)	3

D. Protocolo de Intervención

Tras los resultados de la evaluación, se decidió que para solucionar la situación de aislamiento de la mayor, la mejor estrategia a seguir era:

- a) A corto plazo: mejorar la calidad de vida y la atención médica y social de la mayor en su domicilio, sobre todo para poder valorar las causas del deterioro cognitivo y si éste es reversible.
- b) A medio plazo: dadas las características de la vivienda y el rápido deterioro cognitivo de la mayor, se decide como objetivo a medio plazo proponer ingreso voluntario en residencia. En caso de que el deterioro cognitivo de la mayor avance, se propondría ingreso no voluntario en residencia

La intervención se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Promover aceptación del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) para arreglo del hogar, aseo personal, acompañamiento, compra y control de citas médicas y toma de medicación. Se inicia el servicio dos días a la semana dos horas, pero dada la aceptación por parte de la mayor, se amplía a cinco días a la semana dos horas. El SAP acompaña a la auxiliar el primer día, dándole indicaciones sobre el manejo de la situación de T, y mantiene frecuentes contactos telefónicos de coordinación con ella. Además, se activa el servicio de Lavandería puesto que T no tiene lavadora en su casa.
2. Conseguir que la mayor acudiera a salud. El SAP realiza el acompañamiento a análisis y consultas. Una vez que se activó el SAD, se cambió de médico a uno de la mañana para que la auxiliar pudiera acompañar a la mayor en sus citas médicas.
3. Fomentar la adherencia a la medicación para sus problemas de salud. Se trabaja este punto tanto por las psicólogas del equipo de forma directa como a través de la auxiliar del SAD y la farmacia en la que adquiere los medicamentos.
4. Contactar con la hermana para recuperar la relación. Se contacta con ella, pero refiere agresividad verbal y física por parte de T hacia ella en otras ocasiones, por lo que no desea reiniciar ningún tipo de contacto.

5. Aceptación voluntaria de recurso residencial. El deterioro cognitivo de la mayor resulta ser una consecuencia de un problema en la tiroides, tal y como se sospechaba en un principio desde el centro de salud. No obstante, a pesar de una mejora inicial, finalmente el deterioro no mejora, por lo que se comienza a trabajar la aceptación voluntaria de una residencia, con vistas a asegurar los cuidados en caso de un agravamiento en su situación.
6. Este deterioro no sólo no mejora, sino que avanza rápidamente, empezando a verse alteraciones en la conducta de T, tales como consumir abusivamente alcohol, buscar en los contenedores de basura, recoger revistas y otros papeles que encuentra en los contenedores de reciclaje de papel, deambular por la calle, acusar de robos a las auxiliares de SAD con una actitud paranoide, desorientación temporal, etc. Por otro lado, empiezan a aparecer indicadores de abuso económico por parte de una persona del barrio. Se redacta informe de valoración para la Fiscalía de Mayores y se apoya en la recopilación de la documentación necesaria para ingreso no voluntario en residencia.

Finalmente, la intervención se da por concluida por motivos de custodia, tras ingreso no voluntario en residencia, con un total de 21 meses de intervención y 84 contactos.